

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

**ANTEPROYECTO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DOMICILIARIO A
PACIENTES DE 40 A 85 AÑOS CON ENFERMEDADES CRONICO
DEGENERATIVAS Y QUE FUERON ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE
IBARRA DURANTE EL PERIODO DE
ENERO A JULIO DEL 2008.**

AUTORES: DIAZ PATRICIA
GÓMEZ ANDRÉS

DIRECTOR DE TESIS: LCD MARIA INÉS GARZÓN

ENERO 2008

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

Pag:

1.-El Problema de la investigación

1.1	Planteamiento del problema	10-14
1.2	Justificación	15-16
1.3	Objetivos	17

CAPITULO II

2 Enfermedades crónico- degenerativas.

2.1	Definición	18
2.2	Epidemiología y Factores de Riesgo	18-21
2.3	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
2.3.1	Definición	22
2.3.2	Epidemiología	22
2.3.3	Etiología y factores de riesgo	23-25
2.3.4	Fisiopatología	25
2.3.5	Clasificación	26-27
2.3.6	Manifestaciones clínicas	27
2.3.7	Diagnóstico	28
2.3.8	Tratamiento	29-31
2.3.9	Complicaciones	31-32
2.3.10	Prevención	33
2.4	DIABETES MELLITUS	
2.4.1	Definición.	33
2.4.2	Epidemiología y Prevalencia.	34
2.4.3	Etiología y Factores de riesgo	34-35
2.4.4	Fisiopatología	35

2.4.5	Clasificación	36-37
2.4.6	Manifestaciones clínicas	38
2.4.7	Diagnóstico	38
2.4.8	Tratamiento	39-41
2.4.9	Complicaciones	41-42
2.5	ARTRITIS	
2.5.1	Definición.	42
2.5.2	Epidemiología	43
2.5.3	Etiología y factores de riesgo.	43
2.5.4	Fisiopatología	44
2.5.5	Clasificación	44-48
2.5.6	Diagnóstico	49
2.5.7	Tratamiento	49-52
2.6	CÁNCER.	
2.6.1	Definición.	52
2.6.2	Epidemiología	53
2.6.3	Etiología y factores de riesgo	53-55
2.6.4	Fisiopatología.	55-56
2.6.5	Principales tipos de cáncer	56-59
2.7	CUIDADOS PALIATIVOS.	
2.7.1	Introducción.	59-60
2.7.2	Definición.	60
2.7.3	Objetivos del cuidado paliativo.	60-62
2.7.4	Enfermería en cuidados paliativos.	62-63
2.7.5	Cuidados al paciente	63-64
2.7.6	Cuidados a la familia	64-65
2.8	CUIDADOS DOMICILIARIOS	
2.8.1	La familia	65-66
2.8.2	Funciones Familiares	67
2.8.3	Atención familiar	67-70
2.9	TERAPIAS RECREATIVAS	

2.9.1	Terapia física y rehabilitación	70
2.9.1.1	Terapias pasivas	70-73
2.9.1.2	Terapias activas	73-74
2.10 DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.		
2.10.1	Visión	74
2.10.2	Misión	74
2.10.3	Políticas Institucionales	74-77
2.10.4	Enfermedades crónico degenerativas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	77
 CAPITULO III		
3 METODOLOGÍA		
3.1	Tipo de estudio	78
3.2	Diseño de la investigación	78
3.3	Población	78
3.4	Técnicas de recolección de datos	78
3.5	Instrumentos de recolección de datos	79
3.6	Validez y confiabilidad de los instrumentos	79
 CAPITULO IV		
4.- MARCO ADMINISTRATIVO		
4.1	Recursos	80
4.1.1	Talento Humano	80
4.1.2	Recursos Materiales	80
4.2	Cronograma	81
4.3	Presupuesto	82
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS		83-117
CONCLUSIONES		118
RECOMENDACIONES		120
BIBLIOGRAFÍA		121
ANEXOS		123

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios y a la Virgen por habernos guiado durante todas nuestras vidas y durante toda nuestra carrera, agradecemos también a nuestros padres por habernos apoyado y por haber sido tan pacientes con nosotros y por habernos enseñado todos los valores y la responsabilidad con su ejemplo

Agradecemos también a la Universidad Técnica del Norte por habernos abierto las puertas y darnos la oportunidad de ser hoy unos profesionales; y gracias a todos sus maestros que día a día en las aulas nos impartieron valiosos conocimientos y experiencias.

Agradecemos también a nuestra tutora de Tesis que además de ser nuestra maestra ha sabido ser nuestra amiga y con sus sabios consejos ha sido un apoyo importante para la culminación de nuestro trabajo.

ANDRES GOMEZ

PATRICIA DIAZ

DEDICATORIA

Este trabajo esta primeramente a mi madre por haber estado siempre junto a mí y por haberme apoyado en todos los momentos de mi vida.

Dedico también de manera muy especial a mi amiga y compañera Paty Díaz por permanecer a mi lado brindándome sus consejos y su apoyo en los momentos más difíciles de mi vida por lo cual siempre estaré muy agradecido y mediante este trabajo quiero expresarle mis más sinceros sentimientos por estar a mi lado.

ANDRÉS GÓMEZ.

Este trabajo esta dedicado principalmente a toda mi familia en especial a mis padres porque con su humildad me enseñaron a se una persona sencilla y responsable y gracias a su ejemplo he sabido seguir adelante; así como también dedico este trabajo a todas aquellas personas que siempre me han apoyado y que confían en mi ya que gracias a ellos descubrí lo valioso que es el amor y la amistad.

PATRICIA DIAZ.

RESUMEN

El Ecuador es un país que enfrenta diversos problemas de carácter político, económico, social, y de salud; los mismos que dificultan el desarrollo del país. Es importante mencionar que el factor económico y de salud son de mayor importancia ya que desencadenan inestabilidad y desigualdad en los estilos de vida de sus habitantes. Es por ello que gran número de personas no han tomado con seriedad la importancia de un control médico periódico lo que permitirá detectar complicaciones y problemas de salud oportunamente. He aquí una de las consecuencias en el ámbito de la salud ya que los malos hábitos alimenticios, estilos de vida, tipos de trabajo, herencia, raza generan aparición de enfermedades que pasan muchas veces desapercibidas las mismas que con el tiempo van repercutiendo en y también en el desempeño de las actividades diarias de quienes la padecen la salud. La falta de información y de una valoración médica periódica así como también la falta de participación de la familia pueden producir complicaciones de la enfermedad que con el transcurrir del tiempo provocan deterioro de las facultades orgánicas tanto físicas como psicológicas, esto implica la aparición en el desempeño normal de sus actividades. El principal propósito de nuestro estudio fue evidenciar la participación y los cuidados que reciben los pacientes con enfermedades crónico degenerativas en su domicilio puesto que a través de la observación y de la entrevista verificamos el grado de participación de la familia y el tipo de atención que ellos reciben para mejorar o mantener la calidad de vida adecuada; aplicando una metodología analítica descriptiva en donde nuestra población estaba conformada por 60 pacientes con enfermedades crónico degenerativas que fueron hospitalizados en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en donde se aplicó una entrevista a los familiares así como también a los pacientes, obteniéndose como principales resultados: el 49% de las familias investigadas no tienen un amplio conocimiento de la patología que su familiar padece, el 50.98%

de los familiares de los pacientes solo a veces controlan y están pendientes de la medicación, que muchas veces por falta de tiempo, el trabajo y otras actividades no pueden estar siempre al pendiente del paciente; sin embargo son los mismos pacientes que en varias ocasiones se responsabilizan de todos los aspectos relacionados con su enfermedad así como la alimentación, medicación, ejercicio, control médico y la familia no es participe en un 100% de todos los aspectos relacionados con la enfermedad por lo cual hemos llegado a la siguiente conclusión: las enfermedades crónico degenerativas son un grupo de patologías que producen muchas complicaciones graves pero que con un control y tratamiento oportuno se la puede sobrellevar y mantener un estilo de vida normal, siempre y cuando exista un apoyo constante tanto económico como emocional, de las personas que están en su entorno, ya que estas personas se sienten como una carga más para la familia y no se las debe considerar de esa manera sino como parte de nuestra familia y por tanto necesitan de nuestro apoyo y compañía.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen un conjunto de condiciones crónicas que aparecen como problemas emergentes, pues asolan a nuestro país desde hace dos décadas y actualmente se han convertido en las primeras causas de muerte y discapacidad.

Este es un grupo de enfermedades que están relacionadas con un conjunto de factores de riesgo, comunes a la mayoría de ellas y que se las considera modificables y prevenibles como es el caso de la obesidad y sobrepeso, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol.

Si por un lado es posible evidenciar la disminución de la mortalidad y morbilidad de varias enfermedades transmisibles, especialmente la inmunoprevenibles, por otro lado los cambios en los hábitos y comportamiento particularmente relacionados con la alimentación poco saludable, alta en grasas, azúcar y sal, baja en frutas, granos y vegetales; la falta de ejercicio físico y el consumo de alcohol y tabaco, han provocado un aumento rápido de la carga de las enfermedades crónico degenerativas en poblaciones jóvenes cada vez más jóvenes, constituyendo una carga económica para los individuos que las padecen, las familias, la sociedad y el sistema de salud.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El término crónico- degenerativas significa que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que termina con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerla. Las enfermedades crónico degenerativas mas comunes son Hipertensión arterial, diabetes, cáncer, artritis; las cuales son un problema evidentemente creciente conforme avanza la edad de la población ya que se estima que en el año 2000 se encuentran registrados aproximadamente 8 millones de personas afectadas a nivel mundial y el Ecuador también se integra a este problema, lo que representa un gran desafío para los servicios de salud y por ende para la sociedad, ya que a nivel nacional aproximadamente el 80,8 por 100.000 habitantes sufren de alguna enfermedad crónico degenerativa, que se constituye dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel mundial.

Según los últimos estudios epidemiológicos se han notificado 25,850 casos de consultas de pacientes con este tipo de enfermedades especialmente de alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, así como también otras enfermedades relacionadas con la dieta y la forma de vida inadecuada como la diabetes, lo que muestra una tendencia creciente desde los últimos años y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos.¹

La incidencia de enfermedades crónico-degenerativas ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, debido a estilos de vida y patrones alimentarios inadecuados y a los impactos estresores físicos, químicos, biológicos y emocionales. Según datos estadísticos revisados en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra se ha observado que diariamente acuden a la consulta externa de las diferentes

especialidades: cardiología, endocrinología, medicina interna, cirugía vascular, aproximadamente 70 pacientes por día que padecen algún tipo de enfermedades crónico degenerativa, lo cual representa un problema de salud pública creciente en la sociedad

Este tipo de afecciones interfieren el desarrollo normal de las actividades personales, y a llevar un estilo de vida saludable, puesto que la persona que adolece se siente cohibida, deprimida, preocupada por su salud que la conduce a cambiar su estilo de vida, tanto en alimentación como en su organización y estructura familiar.

La mayoría de estas enfermedades son de difícil tratamiento y limitados resultados, debido a la escasa efectividad de los tratamientos con fármacos sintéticos, pero en la mayoría de casos se trata de corregir el estilo de vida inadecuado, los hábitos alimenticios y se trata de promover la actividad y el ejercicio siendo todos estos aspectos importantes para el mejoramiento de estado de salud de los pacientes así como también la aplicación de terapia para ayudar a los pacientes a llevar un mejor estilo de vida.

La persona con afecciones crónico degenerativas se constituye en un ser dependiente del cuidado de una tercera persona, en este caso de un hijo, de una esposa, un nieto, y/u otro miembro familiar o un allegado lo que hace importante la vigilancia continua y permanente de la calida de atención que reciben cuando el paciente no está en manos del profesional de salud, puesto que debido a su edad y a los requerimientos de la patología debe existir alguien quien vigile su accionar y cumplimiento del tratamiento.

En el domicilio todo es mas humano y más gratificante que en el hogar, pero no sabemos la realidad que pueden estar pasando muchos de los pacientes, en ocasiones se ha podido ver que los pacientes se quedan solos en el hogar y no pueden satisfacer sus necesidades

independientemente y mucho menos cumplir con lo establecido por el médico, o pueden estar a cargo de una persona particular o a cargo de una entidad privada y no sabemos si les están brindando un cuidado óptimo a estas personas; o simplemente éstos pacientes representan una carga más en la familia y son abandonados o dejados en muchas ocasiones en los asilos de tal manera que no son cuidados de una manera adecuada.¹

Hemos observado que la mayoría de los pacientes que asisten a la consulta de patología crónica degenerativa sobrepasan los 60 a 85 años. Edad en la que el individuo necesita de compañía y cuidado para llevar un estilo de vida adecuado.

En demasiadas ocasiones enfermo y cuidadora se muestran agotados, sobrecargados física y psíquicamente, con sentimientos de frustración y desesperanza porque se encuentran desamparados, sin un plan de cuidados y un equipo que les apoye hasta el final. Perciben la gravedad de una enfermedad cuya evolución no se puede evitar, desean cuidar a su ser querido hasta el final y les preocupa una atención específica durante esa etapa, pero no conocen el "camino paliativo" ni cómo llegar hasta él, es por ello que también debemos poner énfasis en los cuidados paliativos sabiendo que el principal objetivo del cuidado paliativo es la mejora de la calidad de vida y el confort, definidos por el enfermo y la familia, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores. Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además, son importantes también terapeutas ocupacionales, otros agentes de salud.

Con los antecedentes anteriormente enunciados consideramos investigar sobre los cuidados que reciben en sus hogares los pacientes que padecen de enfermedades crónicas degenerativas, ya que es

¹ <http://www.tuotromedico.com>.

importante conocer condiciones de vida, pues ellos requieren de cuidados continuos y permanentes para tratar de llevar un estilo de vida adecuado.

En casa los cuidados deben ser sencillos. Detalles como la decoración, el color, la luz, el olor, el ruido de la convivencia, las visitas de seres queridos, los horarios, cobran especial importancia, ayudando a mitigar el dolor y mejorar el bienestar físico y psíquico del enfermo y familia.

Es un hecho indiscutible, el aumento de la necesidad de cuidados y la atención de las personas con enfermedades crónicas discapacitantes, lo que ha permitido que la familia o los allegados, en especial del sexo femenino, tengan que cuidar. Las políticas establecidas sólo contemplan algunos lineamientos generales para la protección y atención en su salud de los adultos mayores discapacitados, pero ninguna de ellas, vislumbra a los cuidados familiares.

En este sentido el cuidador familiar esta desprotegido debido a que se desenvuelve en un sistema informal y no cuenta con un programa sustentado en una política que fortalezca su trabajo, y el apoyo que ellas y ellos brindan en el hogar o cuando acuden a instituciones públicas y privadas.

En muchas ocasiones los familiares sienten una enorme satisfacción al momento de brindar cuidado a un ser querido, pero no pueden dejar a un lado el agotamiento, estrés, fatiga, desgaste físico y emocional e impresiones de soledad observados y percibidos por varios de ellos. Además el hecho de tener a cargo el cuidado de un familiar con enfermedad crónico degenerativa conlleva a que se presenten conflictos matrimoniales, problemas laborales y por ende, variaciones en la economía, sin dejar a un lado los sentimientos de frustración e impotencia. Según datos obtenidos en el departamento de estadística del hospital del Instituto Ecuatoriano de seguridad Social, se ha observado que durante el

periodo de Octubre a Diciembre del 2007 y de Enero y Febrero del 2008 hay un total de 3555 pacientes que acudieron a la consulta externa de ésta casa de salud, de los cuales 1241 pacientes tienen un Dg de Diabetes Mellitus; 2124 con un Dg de Hipertensión arterial y 190 con Dg de Artritis Reumatoidea. Además se pudo constatar que todos los pacientes que acudieron a la consulta externa y que padecían algún tipo de patología degenerativa fueron hospitalizados 94 pacientes que padecían algún tipo de éstas enfermedades.

De los cuales la mayoría de casos que requieren de la participación y colaboración de la familia y que posiblemente la familia delega el cuidado a terceras personas, por lo que se podría decir que no existe la participación directa de la familia, ya que éstos pacientes debido a su avanzada edad representan mas que un ente productivo para la sociedad una carga más para su familia.

1.2 JUSTIFICACION

Las enfermedades crónico- degenerativas son causantes de múltiples limitaciones físicas y emocionales, desencadenando una serie de impedimentos, que interfieren en el desempeño diario de actividades y principalmente en el ámbito laboral de las personas que las padecen.²

Debido a los estilos de vida desarrollados por los procesos de modernización estamos observando que las enfermedades crónico degenerativas han ido tomando un repunte en los últimos años, constituyéndose en la más alta causa de morbi-mortalidad en personas que sobrepasan los 60 años, a quienes hemos podido observar inclusive alguna secuela que éstas patologías han dejado en el ser humano, puesto que son problemas de salud pública y que ameritan su prevención.

Según datos obtenidos en el Departamento de Estadística del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se observó que en el periodo de enero a julio del 2008 fueron atendidos aproximadamente 3500 pacientes con enfermedades crónico degenerativas de las cuales 153 fueron ingresados al servicio de hospitalización por padecer alguna patología entre las cuales se observaron como las más frecuentes la diabetes, la hipertensión arterial, artritis.

Por la necesidad de que el individuo que adolece alguna de éstas patologías crónico degenerativas requiere de la atención compartida, ya sea por sus familiares o fisioterapeutas y por la observación directa realizada en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social, en lo que hemos logrado determinar que son lo familiares quienes acuden a requerir los servicios del paciente en conjunto, nos hemos preocupado de indagar la forma de cómo son atendidos en el domicilio una vez que abandonan las instituciones de salud, para verificar el cumplimiento del

² BEERS Mark, El Manual Merk, Décima Edición ,1999.

tratamiento, los cuidados que reciben por parte de los familiares tanto físicos, emocionales y afectivos.

Es importante realizar el estudio sobre los cuidados que reciben los pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el domicilio puesto que a través de la observación directa verificaremos el grado de participación de la familia y el tipo de atención que ellos reciben para mejorar o mantener la calidad de vida adecuada.

Consideramos que los resultados obtenidos con la presente investigación contribuirán a que mejoremos la calidad de atención por parte de la familia y/o a ser estímulo para otros pacientes que de una u otra manera tienen o no tienen la atención correcta en el domicilio; se considera por cierto como beneficiarios directos los pacientes y familiares y como beneficiarios indirectos las entidades de salud y los profesionales. De igual manera elaboraremos una guía de atención domiciliaria para los pacientes con enfermedades crónica degenerativa, la misma que nos permitirá difundirla y aplicarla con todas las personas que la necesitan como medio de prevención de complicaciones.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL:

➤ Analizar que cuidados familiares reciben los pacientes atendidos en el Hospital del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ibarra por enfermedades crónico degenerativas durante el periodo de Enero a Julio del 2008.

1.3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

➤ Realizar un diagnóstico de las enfermedades crónico degenerativas atendidos en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ibarra.

➤ Valorar el estado de salud actual del paciente a través de métodos de diagnóstico como la toma de glicemia, exámenes de laboratorio y la toma de signos vitales.

➤ Verificar el cumplimiento del tratamiento, formas de alimentación y cuidado que brindan los familiares a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que han sido atendidos en el hospital del Seguro Social de Ibarra.

➤ Implementar una guía de cuidados en el hogar para pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren dichas enfermedades.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.-ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS

2.1.- DEFINICIÓN

El término crónico degenerativas significa que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de un persona sin que exista alguna cura para detenerla; pero que mediante un tratamiento adecuado se puede vivir con alguna de estas enfermedades.³

2.2.- EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Según los últimos estudios epidemiológicos se han notificado aproximadamente 25850 casos de consultas de pacientes con este tipo de enfermedades especialmente casos de alteraciones vasculares como la hipertensión arterial, así como también otras enfermedades relacionadas con la dieta y la forma de vida inadecuadas lo que muestra una tendencia creciente desde los últimos años y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos.⁴

La incidencia de enfermedades crónicas degenerativas ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, debido a estilos de vida y patrones alimentarios inadecuados y a los impactos estresores físico, químicos y biológicos.

Según datos estadísticos obtenidos en el hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social se ha observado que diariamente acuden a la consulta externa de todas la patologías aproximadamente 70 pacientes que padecen algún tipo de estas enfermedades, lo que representa un problema de salud pública creciente en la sociedad.

³ THOMAS V. Jones, MARK H. Beers. Manual Merk de información médica Edad y Salud, Primera Edición 2004.

⁴ [http:// www.medicinainformació.com](http://www.medicinainformació.com)

2.2.1.- Obesidad

La obesidad es la mayor epidemia del siglo XXI, no solo es un problema estético la obesidad es un grave problema de salud pues es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Además, las personas con obesidad ven reducida dramáticamente su calidad de vida, disminuye su capacidad de hacer determinadas actividades cotidianas y ven como este problema puede afectar a veces incluso sus relaciones sociales y su vida laboral.

Una alimentación inadecuada con abuso de la comida rica en grasas, poco o ningún consumo de verduras y frutas, y el sedentarismo son los principales factores que han provocado que hoy la obesidad sea una de las principales amenazas para nuestra salud.

No existen dietas y productos milagrosos, sino dietas y productos que bajo supervisión médica y acompañados de ejercicio físico les van a ayudar a perder peso. La constancia y la paciencia, junto a la práctica rutinaria de actividad física y un consumo racional de los alimentos son imprescindibles en el proceso contra el sobrepeso y la obesidad, por lo tanto, la educación es la mejor arma para luchar contra la obesidad.

2.2.2.- Alcoholismo.-

El alcohol es un problema para muchas persona, especialmente para las personas de edad avanzada; cuando más alcohol se consume y cuanto mayor sea la frecuencia con la que se ingiere más elevado es el riesgo de tener problemas, n solo sociales ni psicológicos sino también físicos y fisiológicos, ya que puede ser causa de distintas alteraciones de salud entre las cuales se encuentran la hipertensión, hemorragias digestivas, o problemas hepáticos, alteraciones nutricionales; es por ello que el consumo de alcohol se ha convertido en uno de los principales factores que pone en riesgo la salud de las personas.

2.2.3.- Tabaquismo

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano. El fumar es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse. Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente de forma prematura debido al tabaco. Estudios recientes indican que la exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen al año la muerte de miles de personas que no fuman. Pese a estas estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de adultos y adolescentes siguen fumando. De todos modos se están haciendo progresos: cada día son más las personas que dejan de fumar.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud estimaba en 4,9 millones el número de muertes anuales relacionadas con el consumo de tabaco. Pese a existir una probada relación entre tabaco y salud, esto no impide que sea uno de los productos de consumo legal que puede matar al consumidor asiduo.⁵

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio físico.

2.2.4.-Estrés

El estrés se puede definir como un conjunto de reacciones nocivas, tanto físicas como emocionales, que concurren cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, los recursos o las necesidades del

⁵ <http://www.medicinainformación.com.tabacoyalcohol>.

trabajador. El estrés de trabajo puede conducir a la enfermedad psíquica y hasta física.

Desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, estómago revuelto, dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados frecuentemente en las personas, Pero los efectos del estrés de trabajo en las enfermedades crónicas son más difíciles de diagnosticar, ya que estas enfermedades requieren un largo período de desarrollo y se pueden ver influidas por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones musculoesqueléticas y las afecciones psicológicas. ⁶

2.2.5.- Sedentarismo

El sedentarismo es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardiacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales. Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico aparece la obesidad que es un problema preocupante en los países desarrollados, al igual que el sedentarismo.

Las consecuencias pueden ser muchas, pero las más notables pueden ser las siguientes:

⁶ <http://ecomedico.com.htm>

Propensión a la obesidad, debilitamiento óseo, cansancio inmediato a cualquier actividad, problemas de salud, mayor riesgo de desgarros musculares.

2.3.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.3.1.- DEFINICIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se caracteriza por la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores considerados normales y que rebasen los 140mmHg en la presión sistólica y los 90mmHg en la presión diastólica según la edad del paciente.⁷

2.3.2.- EPIDEMIOLOGÍA

Según datos estadísticos obtenidos la hipertensión arterial constituye la cuarta causa de muerte en el Ecuador, pero es la más alta causa de morbi-mortalidad en las personas mayores de 60 años.

En el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se ha observado que la incidencia de esta patología es muy elevada ya que aproximadamente cada quimestre acuden 2124 pacientes con un diagnóstico de hipertensión arterial y que requieren de un tratamiento y en muchos casos requieren hospitalización y atención más personalizada dentro de las unidades de salud.⁸

2.3.3.-ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

2.3.3.1.- Factores Genéticos

Según estudios realizados se dice que el origen predominante de la hipertensión arterial es hereditario y se demuestra que la tendencia para

⁷ THOMAS V. Jones, MARK H. Beers. Manual Merk de información médica Edad y Salud, Primera Edición 2004.

⁸ Departamento de Estadística del IEES.

desarrollar la hipertensión se encuentra con gran frecuencia en grupos familiares, es decir que el riesgo de padecer hipertensión arterial aumenta en aquellas personas que tienen familiares hipertensos debido al predominio y disposición genética afectando principalmente a los hijos aumentando la probabilidad de padecer dicha enfermedad. También se ha observado una relación entre las enfermedades cardíacas y antecedentes familiares pero esto sí es que los padres o hermanos naturales padecieron o padecen algún tipo de alteración cardiovascular, la persona tiene mayor riesgo de padecerla que las personas que no tienen dichos antecedentes.

2.3.3.2.- Edad y Sexo

Según varias investigaciones realizadas y algunos datos estadísticos concuerdan que la presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos, presentándose con mayor frecuencia a partir de los 50 años tanto en hombres como en mujeres, pero la hipertensión resulta tan grave y peligrosa tanto en adultos como en jóvenes de ambos sexos.

2.3.3.3.- Etnia

La prevalencia de la hipertensión arterial es diferente entre los diferentes grupos étnicos así podemos observar que la hipertensión en los afroamericanos es más frecuente que en los otros grupos raciales. Se dice que la etnia negra tiene casi el doble de las probabilidades de desarrollar hipertensión ya que responde con mayor dificultad al tratamiento y llega con mayor rapidez a ocasionar complicaciones.

La hipertensión arterial se desarrolla más rápido en la vida y el promedio de presión arterial es mayor en dicho grupo poblacional, determinándose así un aumento en la morbi-mortalidad por las diferentes complicaciones por hipertensión en dicha población.

2.3.3.4.- Factores ambientales

Diversos factores están implicados en lo referente a la hipertensión, entre uno de los principales tenemos el estrés el cual a su vez se halla relacionados el tipo de familia, el hacinamiento, la ocupación; la prevalencia de la hipertensión es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo.

Los factores de personalidad como la tendencia a la ansiedad, depresión, agresividad o el estar expuesto a diversos factores psicosociales, también juegan un papel importante en la prevalencia de la hipertensión; un factor ambiental que se relaciona y se presenta precozmente es el bajo peso al nacer como consecuencia de una desnutrición fetal y correlaciona con mayor incidencia de hipertensión en el adulto.

El estrés es un factor agravante de la hipertensión arterial, y por ende, es importante manejar el estrés a través de técnicas de relajación, como ejercicios suaves, yoga, etc.

2.3.3.5.- Nutrición y Obesidad

Existe una gran relación entre el sobrepeso y la hipertensión ya que la obesidad cursa con un aumento en el riesgo de alteraciones cardiovasculares y otras enfermedades. Entre los factores ambientales destacan tanto el aumento de la ingesta de alimento como la reducción de la actividad física. Los trastornos psicológicos provocados por el mundo moderno, así como el sedentarismo, la presión social y comercial para ingerir alimentos excesivamente calóricos parecen ser los factores más importantes en la etiología de la obesidad hoy en día, así como también el desconocimiento de conceptos básicos de nutrición agravan aún más el problema.

El consumo de cloruro de sodio en la dieta también se relaciona con esta enfermedad, ya que el excesivo consumo de sal aumenta el riesgo de padecerla que en las personas en las que el consumo de sal es escaso, es posible que la ingesta de cloruro de sodio actúen en individuos genéticamente predispuestos y en individuos de edad avanzada, por lo

que se puede decir que la reducción de la ingesta de cloruro de sodio en la dieta facilita el control de la hipertensión.

2.3.3.6.- Tabaquismo y alcohol

El tabaquismo causa aproximadamente el 30% de las muertes cardiovasculares, esto se debe a que el momento de inhalar el humo del cigarrillo estamos ingiriendo sustancias tóxicas como la nicotina, alquitranes, y óxido de carbono los cuales perjudican o alteran el normal funcionamiento de nuestro organismo.

2.3.3.7.- Actividad Física

Realizar actividad física aeróbica (caminatas, trote, bicicleta la móvil o la estática, deportes en general) en forma regular y constante, por lo menos 3 veces a la semana y hora cada vez. Si está comenzando una actividad física iniciarla ésta con la simple caminata de 40 minutos diarios.

Se ha visto que una actividad física regular y constante ejerce un control favorable sobre la presión arterial y disminuyendo al mismo sus complicaciones.

2.3.4.- FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo que controla la constricción y la relajación de los vasos sanguíneos se encuentran en el centro vasomotor situado en la médula cerebral. La estimulación del centro vasomotor origina la transmisión de impulsos por el sistema nervioso simpático hasta unos ganglios donde se libera acetilcolina que estimula las fibras nerviosas que llegan a los vasos sanguíneos donde la liberación de noradrenalina provoca la vasoconstricción de dichos conductos, interviniendo también la adrenalina.⁹

Existe además otro mecanismo por el cual se regula la presión arterial, este sistema se denomina renina-angiotensina aldosterona, cuando

⁹ BRUNNER-SUDDART, Enfermería Médico-Quirúrgico. Novena Edición 2000.

disminuye la presión arterial se libera renina la cual es una enzima renal, la renina a su vez activa la angiotensina que es una hormona que contrae las paredes musculares de las arterias pequeñas y en consecuencia aumenta la presión arterial. La angiotensina también estimula la secreción de la aldosterona, hormona que es secretada por las glándulas suprarrenales y que provoca la retención de sodio en los riñones y la eliminación de potasio, y como el sodio retiene agua se expande el volumen de sangre y de esta manera incrementa la presión arterial.

2.3.5.- CLASIFICACIÓN

Entre los tipos de hipertensión tenemos:

- Hipertensión primaria
- Hipertensión secundaria
- Hipertensión inducida por el embarazo

2.3.5.1.- Hipertensión Primaria

Conocida también como hipertensión esencial ya que se presenta con mayor frecuencia en la población y su etiología es desconocida, es decir que se presente sin que exista razón o causa que la desencadene, quizás el único dato positivo es la historia familiar aunque a veces ni ésta puede objetivarse, además de existir esta predisposición genética por lo general se trata de personas con un peso excesivo, fumadores, alcohólicos y personas que conviven en un ambiente o en situaciones de estrés.

Se considera que aproximadamente de un 90 a 95% de los pacientes hipertensos presentan esta clase de hipertensión, aunque su fisiopatología no es muy conocida, pero influyen los factores genéticos y ambientales que desempeñan un papel importante en el desarrollo de éste tipo de hipertensión.¹⁰

¹⁰ BRUNNER-SUDDART, Enfermería Médico-Quirúrgico. Novena Edición 2000.

2.3.5.2.- Hipertensión Secundaria

La hipertensión secundaria es relativamente poco frecuente, suele presentarse en un 5 a 10% de los pacientes hipertensos y es el resultado de muchos trastornos, entre los cuales se encuentran las enfermedades renales, diabetes, también puede derivar del empleo de ciertos fármacos como los anticonceptivos orales, antiinflamatorios, corticoides, antialérgicos, entre otros, que son causa para el desarrollo de la hipertensión secundaria.

En particular es más probable que presenten este tipo de hipertensión pacientes que hayan presentado hipertensión a una temprana edad sin antecedentes familiares positivos que en aquellos que presentan hipertensión por primera vez cuando son mayores de 50 años.

2.3.5.3.- Hipertensión Inducida por el embarazo

Este es otro tipo de hipertensión secundaria en la cual incluyen diversas perturbaciones vasculares antes del embarazo que surgen como complicación durante él o los inicios del puerperio; éste tipo de hipertensión se aplica a mujeres con diagnóstico y tratamiento prenatal de hipertensión sin causa subyacente identificada, también a mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial durante el embarazo con antecedentes de nefropatías o problemas cardiovasculares, también suele presentarse sin antecedentes previos, que durante el embarazo desarrollan éste tipo de hipertensión.

2.3.6.- MANIFESTACIONES CLINICAS

En muchas ocasiones los hipertensos pueden estar asintomático y permanecer así durante mucho tiempo, puede haber aparición de cefalea o hemorragias nasales pero estos síntomas pueden presentarse en otros casos en que no puede estar la presión elevada.

La aparición de los síntomas por lo general indican lesiones vasculares y las manifestaciones específicas dependen de los sistemas y aparatos que

irrigan los vasos afectados por ejemplo la presión arterial elevada produce cefalea en la parte occipital, también puede aparecer epistaxis por la ruptura de los vasos sanguíneos pequeños que irrigan dicha zona debido al aumento de la presión arterial.

Suele presentarse también dolor torácico debido a una posible coronariopatía; si los riñones están afectados, la micción se presenta con mucha más frecuencia (polaquiuria), y si el daño es mas grave suele presentarse náusea, cansancio y fatiga.

Cuando la presión arterial es muy alta la visión se vuelve borrosa y presentar escotomas ya que resultan afectadas las arterias de los ojos.

Entre otros síntomas tenemos vértigo, acúfenos (zumbidos en los oídos), presencia de manchas en la visión, nicturia, palpitaciones, que también son signos indicativos de hipertensión.

2.3.7.- DIAGNÓSTICO

En la mayoría de las personas el único de diagnosticar la hipertensión arterial es medir la presión arterial mediante la técnica adecuada, pero a más de esto es necesario realizar otros análisis complementarios entre los cuales se encuentran:

- **Análisis de orina.-** para identificar la presencia de proteínas en la orina.
- **Hemograma Completo.-** para contabilizar el número de células sanguíneas.
- **Química Sanguínea.-** para valorar la cantidad de creatinina, sodio, potasio, glucosa, colesterol, lipoproteínas.

Entre otras pruebas diagnósticas tenemos:

EKG.- para verificar si existe hipertrofia ventricular.

Rx de Tórax y abdomen.- Para valorar el índice del incremento circulatorio.

Oftalmoscopia.- En caso de que se sospeche alteración del fondo del ojo o desprendimiento de retina.

También pueden practicarse otros estudios especiales como son la pielografía y arteriografía renal, que se emplean para identificar vasculopatías renales; también pueden realizarse estudios de función renal y medición de la concentración de renina.

Todos estos métodos nos ayudaran a identificar el grado o la categoría de hipertensión para poder emplear medidas adecuadas para el control de esta enfermedad.

2.3.8.- TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es evitar la mortalidad asociada las complicaciones que puede provocar la hipertensión arterial, para ello se trata de emplear una propuesta para modificar el estilo de vida del paciente, el cual debe ser definitivo, tratando de obtener y mantener la presión arterial menor de 140/90mmHg .

Para el control de la hipertensión se recomienda un tratamiento escalonado, que se realiza tomando en cuenta los siguientes factores:

♦ Tabaco y alcohol:

Debe recomendarse a los pacientes que eviten el consumo tanto de alcohol como el tabaco, explicándoles el riesgo que éstos causan y los beneficios sobre la salud que se va a obtener cuando el paciente deje de consumirlos, en caso que sea necesario el paciente deberá adquirir atención psicológica en caso de que el paciente haya sido dependiente así como también participar en programas para recibir ayuda si así lo requiere.

2.3.8.1.- Tratamiento Dietético

La dieta debe ser establecida con el fin de mantener un estado nutricional adecuado sin que se produzca efectos que se desencadenen la elevación de la presión arterial, es decir se recomienda a los hipertensos ingerir una dieta con restricción de sodio(sal), restricción de caloría si se trata de pacientes obesos y el consumo de una mínima cantidad de grasas, a

cambio se debe consumir carbohidratos y alimentos ricos en fibras que sustituyen ventajosamente a las grasas con el fin de mantener un balance calórico adecuado.

Además se debe mantener una ingestión de líquidos correcta con la cantidad permitida, limitándose el consumo de bebidas que contengan alcohol y cafeína.

2.3.8.2.- Actividad y Ejercicio

Son varios los beneficios que tiene el mantener un programa apropiado de ejercicios, los cuales se deben realizar diariamente, éste programa debe ser planificado en el cual también se debe incluir periodos de reposo. La práctica de ejercicio ha demostrado ser muy útil conjuntamente con la pérdida de peso para reducir los niveles de triglicéridos y colesterol en la sangre, reduciendo factores que puede desencadenar diversas alteraciones de salud como la obesidad, que es uno de los principales factores causantes de alteraciones cardiovasculares.

La necesidad de ejercicio hoy en día se ha convertido en uno de los principales factores preventivos de distintas enfermedades, es por ello que se recomienda practicarlo con el fin de evitar y disminuir la prevalencia y morbilidad por alteraciones cardiovasculares.

2.3.8.3.- Tratamiento Farmacológico

Antihipertensivos.- Se dice que la presión arterial normal es de 120/80mmHg, si ésta se altera daña vasos sanguíneos, riñones, corazón, cerebro; además de incrementar la incidencia de insuficiencia renal, enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular.

El uso de un fármaco eficaz evita el daño de vasos sanguíneos como resultado del uso racional de éstos agentes ya que reduce y controla la presión arterial con un riesgo mínimo de toxicidad en la mayoría de los pacientes.

Debido a que el tratamiento hipertensivo no suele estar dirigido a una causa específica necesariamente depende de una interferencia en mecanismos fisiológicos normales que regulan la presión arterial. Al comenzar con la elección de un fármaco la selección se hace más individualizada habiendo más tendencia a forzar la dosis. Si un fármaco no controla la hipertensión se cambia a otro o se añade un segundo medicamento, siendo la prescripción del medicamento exclusiva por el médico. Debe intentarse mantener la presión sistólica inferior a 90mmHg aplicando un tratamiento que el paciente tolere bien.

Entre los agentes utilizados para el tratamiento de la hipertensión tenemos:

Diuréticos.- Los diuréticos son agentes farmacológicos muy utilizados, en la clínica su efecto es incrementar la excreción renal de los solutos en especial de cloro y sodio; dado que el agua es absorbida en el riñón solo secundariamente a la absorción de solutos, los agentes que inhiben la absorción renal de solutos inhibirán también la absorción de agua y traerá como consecuencia el aumento de la diuresis.

2.3.9.- COMPLICACIONES

Los cambios vasculares tanto hemodinámicas como estructurales tienen gran importancia en el riñón, corazón, y sistema nervioso central, ya que estos son los principales órganos, que resultan afectados tras padecer la hipertensión arterial.

De acuerdo a esto tenemos:

♦ Cardiopatía Hipertensiva

El corazón que está sometido a una sobrecarga de trabajo por un aumento de la tensión arterial, aumenta su tamaño en la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardiaco se mantiene a pesar de la existencia de un aumento de las resistencias periféricas y de la tensión arterial sistémica. Ante un volumen del gasto

diastólico, el corazón se dilata y aumenta el volumen de contracción ventricular, por tanto se obtiene como resultado las siguientes alteraciones:

- Hipertrofia ventricular
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Infarto de miocardio.

♦ **Alteraciones Renales**

Se dice que el riñón en la hipertensión arterial, desempeña dos papeles de forma que puede resultar un órgano afectado por la enfermedad o por el contrario ser causa de la misma. Así enfermedades renales como glomerulonefritis, nefrosis, y otras nefropatías con la causas más prevalentes de la hipertensión secundaria, responsables del 2 al 5 % de todas las causas de la hipertensión, siendo la causa hemodinámica inmediata un aumento del volumen circulante.

Entre las principales afecciones se puede mencionar:

- ♦ **Isquemia renal crónica** debida a aterosclerosis acelerada de las arterias renales.
- ♦ **Infarto renal**, por ateromatosis de arterias renales o embolia.
- ♦ **Reducción de la tasa de filtrado glomerular**, por la pérdida de masa de nefronas funcionales, proceso progresivo que se ve acelerado en hipertensos y más aún en presencia de diabetes mellitus.
- ♦ **Insuficiencia renal crónica** como evento terminal.

♦ **Alteraciones del Sistema nervioso central**

Los efectos neurológicos de alta duración de la hipertensión arterial, puede dividirse en retiniano y del sistema nervioso central; como la retina es el único tejido en el que se puede examinar directamente las arterias y arteriolas, la exploración oftalmoscópica repetida proporciona la oportunidad de verificar el aumento de la presión arterial.

Dentro de las principales complicaciones neurológicas tenemos:

- Encefalopatía Hipertensiva

- Infarto Cerebral
- Accidente Cerebro Vascular.
- Aneurismas Cerebrales.

2.3.10.- PREVENCIÓN

Entre las principales medidas preventivas tenemos:

- ◆ Ingerir menos grasa y menos cantidad de sal.
- ◆ Incluir en la dieta fibra como los vegetales, cereales, frutas.
- ◆ No consumir alcohol ya que aporta gran cantidad de calorías.
- ◆ Realizar ejercicio físico ya que produce mejora y bienestar de la persona, además de reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- ◆ Restringir el consumo de tabaco ya que es una droga y es el responsable de los principales problemas de salud.
- ◆ Se recomienda chequeo médico frecuentemente.

2.4.- DIABETES

2.4.1.- DEFINICIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica en la que los niveles de azúcar en sangre (glucosa) están anormalmente elevados, porque el organismo no produce suficiente insulina o no responde a la misma, lo cual hace que la glucosa se acumule en la sangre aumentando sus niveles provocando ciertas alteraciones en el normal funcionamiento de nuestro organismo.¹¹

2.4.2.- EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

¹¹ FARRERAS Valenti, O Rozman. Medicina Interna, décima cuarta edición. 2000.

La diabetes es muy frecuente en las personas de edad avanzada; alrededor del 10 al 15% de ellas padecen esta enfermedad. Afecta a unos 150 millones de personas en todo el mundo; es una enfermedad multiorgánica que puede afectar a varios órganos como los ojos, riñones, corazón y extremidades.

En términos generales puede decirse que su prevalencia no ha dejado de aumentar en los en las últimas décadas como consecuencia de una serie de factores, entre los cuales deben mencionarse la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre muchos grupos sociales, motivados por los cambios en sus hábitos de vida.

2.4.3.- ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Más que una entidad única la diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples.

Tanto en la diabetes mellitus insulino dependiente así como también en la no insulino dependiente existen múltiples factores que están relacionados con el apareamiento de esta enfermedad; entre los principales factores tenemos:

- ♦ **Los factores genéticos.-** según estudios realizados se ha demostrado que cuando existen antecedentes de familiares que han padecido ésta enfermedad el riesgo aumenta en un 25 a 50% más que los pacientes que no han tenido antecedentes familiares con esta patología; la intolerancia a la glucosa es también significativamente mayor en los familiares cercanos de pacientes diabéticos que en los que no diabéticos. Sin embargo la agregación familiar no necesariamente implica la existencia de factores hereditarios ya que su aparición puede producirse por otros factores.

- ♦ **Factores ambientales.-** el consumo de azúcares refinados, el sedentarismo, la multiparidad, y sobre todo la obesidad podrían

considerarse factores etiológicos ambientales implicados en la presentación de la diabetes, pero se debe tomar en cuenta que todos éstos factores actúan siempre sobre una base genética, que constituye sin lugar a duda uno de los factores más importantes en la diabetes mellitus.

♦ **Autoinmunidad.-** este también es considerado como uno de los factores desencadenantes y depende de la acción que producen ciertos anticuerpos que pueden ser producidos por una función anormal de linfocitos T que actúan en los islotes del páncreas ocasionando alteraciones en su función normal.

Entre los principales factores de riesgo podemos mencionar:

- ♦ La edad avanzada
- ♦ La obesidad
- ♦ Tabaquismo
- ♦ Entres
- ♦ Sedentarismo
- ♦ Antecedentes familiares
- ♦ Malos hábitos alimenticios

2.4.4.-FISIOPATOLOGÍA

Más que una entidad única, la diabetes es un grupo de procesos con causas múltiples. El páncreas humano segrega una hormona denominada insulina que facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía. En un diabético, hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas, o una alteración de los receptores de insulina de las células, dificultando el paso de glucosa. De este modo aumenta la concentración de glucosa en la sangre y ésta se excreta en la orina. En los diabéticos tipo 1, hay disminución o una ausencia de la producción de insulina por el páncreas. En los diabéticos tipo 2, la producción de insulina es normal o incluso alta,

pero las células del organismo son resistentes a la acción de la insulina; hacen falta concentraciones superiores para conseguir el mismo efecto. La obesidad puede ser uno de los factores de la resistencia a la insulina: en los obesos, disminuye la sensibilidad de las células a la acción de la insulina.

2.4.5.-CLASIFICACIÓN

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997, que clasifica la diabetes en 4 grupos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- c) Otros tipos de Diabetes Mellitus
- d) Diabetes gestacional

2.4.5.1 Diabetes Mellitus Tipo 1

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada, antiguamente, Diabetes Insulino dependiente o Diabetes de comienzo juvenil, esta se presenta mayormente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas. Se suele diagnosticar antes de los 30 años de edad, y afecta a cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo.

2.4.5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; por lo que era anteriormente llamada

diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides. La diabetes tipo 2 influye un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos.

2.4.5.3 Otros tipos de Diabetes

Estos tipos se presentan en menos de 5% de todos los casos diagnosticados:

Tipo 3A: defecto genético en las células beta.

Tipo 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente.

Tipo 3C: enfermedades del páncreas.

Tipo 3D: causada por defectos hormonales.

Tipo 3E: causada por compuestos químicos o fármacos

2.4.5.4 Diabetes Gestacional

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia durante el embarazo. Se desarrolla hiperglucemia durante el embarazo, debido a la secreción de hormonas placentarias. Las pruebas de detección de diabetes durante el embarazo se recomienda para mujeres entre los 24 y 28 semanas de gestación que satisfacen uno o mas de los siguientes criterios: 25 años de edad o mayor; menor de 25 años y obesa; antecedentes familiares de diabetes en parientes en primer grado, o perteneciente a un grupo étnico con prevalencia elevada de diabetes.

Luego del nacimiento, la glicemia de la mujer con diabetes gestacional vuelve a la normalidad. No obstante en muchos casos, las mujeres que padecieron diabetes gestacional desarrollan más adelante diabetes tipo 2; en consecuencia, todas las mujeres que padecieron diabetes gestacional se les recomienda que mantengan su peso ideal y que realicen ejercicio con frecuencia para reducir el riesgo de padecer diabetes tipo 2.

2.4.6.-MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas pueden ser causados por las complicaciones que se desarrollan de manera progresiva durante años, incluso antes que se diagnostique la enfermedad. Entre los principales signos y síntomas que se presentan en es la diabetes mellitus tenemos:

- ◆ Poliuria.- aumento de la cantidad de orina.
- ◆ Polidipsia.- excesiva sed
- ◆ Polifagia.- exceso de apetito.
- ◆ Infecciones recurrentes.- que pueden ser cutáneas, urinarias.
- ◆ Perdida de peso o aumento de peso.
- ◆ Prurito
- ◆ Sequedad de la boca
- ◆ Alteración visual
- ◆ Fatiga
- ◆ Astenia.

2.4.7.-DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar la diabetes, se debe realizar un análisis de sangre, un simple análisis llamado prueba de glucemia, es el que más frecuente se utilizad para diagnostico, éste análisis se lo debe realizar en ayunas. La diabetes es el diagnóstico más probable cuando la glucosa es igual o mayor de 126mg/dl en ayunas; o igual o mayor a 200mg/dl cuando el análisis se ha realizado de modo aleatorio.¹²

El diagnóstico de la diabetes mellitus se confirma si se obtiene los siguientes resultados:

- ◆ Dos valores en ayunas, iguales o superiores a 126mg/dl.
- ◆ Dos valores aleatorios iguales o superiores a 200mg/dl.
- ◆ Un valor en ayuna igual o superior a126mg/dl y un valor aleatorio igual o mayor a 200mg/dl.

¹² FERRI Fred, Consultor Clínico Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna, Primera Edición 2000.

2.4.8.- TRATAMIENTO

2.4.8.1.- Tratamiento Dietético

La nutrición balanceada es un elemento indispensable para el tratamiento de la diabetes mellitus. Un buen régimen alimentario se caracteriza por ser individual. Para ello debemos tener en cuenta la edad, el sexo, el peso, la estatura, el grado de actividad, clima en que habita, el momento biológico que se vive por ejemplo, una mujer en embarazo, un recién nacido, un niño en crecimiento, un adulto o un anciano; así como también la presencia de alteraciones en el nivel de colesterol, triglicéridos o hipertensión arterial.

♦ Alimentos muy convenientes

Son los que contienen mucha agua y pueden comerse libremente. Se encuentran en la acelga, apio, alcachofa, berenjena, berros, brócoli, calabaza, calabacín, cebolla cabezona, pepino cohombro, coliflor, espárragos, espinacas, habichuela, lechuga, pepinos, pimentón, rábanos, repollo, palmitos y tomate.

♦ Alimentos convenientes

Son los alimentos que pueden ser consumidos por la persona diabética sin exceder la cantidad ordenada por el nutricionista. En estos se encuentran las harinas: Arroz, pastas, papa, yuca, plátano, avena, cebada, frijón, lenteja, garbanzo, soya, alverjas, habas, panes integrales y galletas integrales o de soda. En las frutas son convenientes las fresas, guayabas, mandarina, papaya, patilla, melón, piña, pera, manzana, granadilla, mango, maracuyá, moras, naranja, durazno, zapote, uvas, banano, tomate de árbol y chirimoya. En cuanto a los lácteos son convenientes la leche descremada, cuajada, kumis y yogurt dietético. También son saludables las grasas de origen vegetal como el aceite de canola, de maíz, la soya, el aceite de girasol, ajonjolí y de oliva. Las verduras como zanahoria, etc.

♦ Alimentos inconvenientes

Carbohidratos simples como el azúcar, la panela, miel, dulces en general y gaseosas corrientes. También son inconvenientes las grasas de origen animal como las carnes gordas, embutidos, mantequilla, crema de leche, mayonesas, manteca, tocino de piel de pollo y quesos doble crema.

2.4.8.2.-Actividad y Ejercicio

La actividad física regular tiene muchos efectos beneficiosos: disminuye la glucemia durante y después del ejercicio, incrementan la sensibilidad a la insulina, mejora el perfil de los lípidos, aumenta la utilización de ácidos grasos, mejora la función cardiovascular, reduce la presión arterial, protege frente a la osteoporosis, reduce la ansiedad, y permite ganar forma y fuerza física.

Hay cuatro tipos de actividad que le pueden ayudar. Puede probar lo siguiente:

- incluir más actividades físicas en su rutina diaria
- hacer ejercicios aeróbicos
- hacer ejercicios de fuerza muscular
- hacer ejercicios de estiramiento

2.4.8.3.- Farmacoterapia

♦ antidiabéticos orales

Son medicamentos que se toman por vía oral para controlar la glicemia en los diabéticos tipo 2. Realmente el mejor antidiabético para éstos pacientes es la combinación de la dieta y el ejercicio, si después de instaurar este binomio no hay mejoría se administran éstos fármacos.

Estos medicamentos actúan aumentando la secreción pancreática de insulina, mejorando la utilización de glucosa en los tejidos periféricos y retrasando la absorción intestinal de hidratos de carbono.

◆ **Insulina**

La insulina se utiliza en los pacientes tipo 1, en los pacientes tipo 2 ante situaciones agudas, mal control metabólico o embarazos y en diabetes gestacional que no responde a la dieta y ejercicio. Existen varios tipos de insulina: de acción rápida, intermedia y de acción lenta.

La insulina se puede administrar según pauta convencional con una o dos dosis diarias y una pauta intensiva con múltiples inyecciones de insulina o la administración con bomba de infusión continua.

Si se utiliza una sola dosis de insulina se administra insulina intermedia o prolongada antes del desayuno o antes de acostarse. Si se utiliza dos dosis se puede administrar antes del desayuno y antes de la merienda, usando bien insulina intermedia o bien la mezcla de intermedia y rápida.

2.4.9.- COMPLICACIONES

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades:

- ◆ Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)
- ◆ Daño de los nervios periféricos (polineuropatía]
- ◆ Pie Diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- ◆ Daño de la retina (retinopatía)
- ◆ Daño renal (nefropatía)
- ◆ Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (Esteatosis hepática)
- ◆ Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes venas. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.

2.4.9.1.- Complicaciones Agudas

♦ Estados hiperosmolares

Comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetósico. Ambos tienen en común, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente.

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones u ausencia de tratamiento, infecciones agregadas -urinarias, respiratorias, gastrointestinales, cambios en hábitos alimenticios o de actividad física, cirugías o traumatismos, entre otros.

♦ Hipoglucemia

Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

2.5.- ARTRITIS

2.5.1.-DEFINICIÓN

La artritis es una enfermedad sistémica que produce inflamación de una o más articulaciones, que cursa con afectación de la membrana sinovial y da lugar a dolor, hinchazón y cambios morfológicos; especialmente de las

manos y de los pies. Cuando se prolonga por mucho tiempo acaba produciendo destrucción articular progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. En ocasiones, su comportamiento es extraarticular: puede causar daños en cartílagos, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones pudiendo afectar a diversos órganos y sistemas, como ojos, pulmones, corazón, piel o vasos.¹³

2.5.2.- EPIDEMIOLOGIA

La artritis reumatoidea afecta alrededor del 1 al 3% de la población. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Su frecuencia es tres veces mayor en la mujer que el hombre.¹⁴

2.5.3.- ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Se considera que la artritis es de origen autoinmune pero su origen todavía es desconocido y se considera que es el resultado de la acción antígeno en un individuo que tiene la base genética adecuada; ya que la naturaleza del factor desencadenante es desconocida debemos tomar en cuenta factores como:

1. **Factores Genéticos.-** Existe una predisposición genética a padecer la enfermedad, así lo indica la tendencia a la agregación familiar es por ello que debemos considerar a esta enfermedad de carácter hereditario. Aquí también debemos tomar en cuenta la respuesta inmunológica que se produce en donde el antígeno provoca una respuesta inmune en el huésped de la cual deriva una reacción inflamatoria.
2. **Factores ambientales.-** existen varios factores ambientales que juegan un papel importante en la aparición de la artritis entre los cuales se encuentran el tabaquismo y la infecciones tales como las

¹³ THOMAS V. Jones, MARK H Beers. Manual Merk de información Edad y Salud. Primera Edición 2004.

¹⁴ FARRERAS Valenti, O Rozman. Medicina Interna. Décima Cuarta Edición 2000.

bacterianas, virales y por micoplasma, las cuales hacen que se produzcan anticuerpos que originen una reacción inflamatoria.

2.5.4.- FISIOPATOLOGIA

La patogenia de la artritis consiste en que a través de la intervención de factores humorales y celulares, particularmente linfocitos T, se inicia un proceso en el cual las moléculas mediadoras de la inflamación como las prostaglandinas, tromboxanos, citocinas, factores de crecimiento, moléculas de adhesión y metaloproteasas, atraen y activan células de la sangre periférica, produciendo proliferación y activación de los sinoviocitos, invadiendo y destruyendo el cartílago articular, el hueso subcondral, tendones y ligamentos.¹⁵ La inflamación desencadenante por la respuesta inmune en el medio sinovial se activan numerosos procesos que perpetúan la inflamación, como son los sistemas de complemento, los sistemas de coagulación y fibrinólisis; el resultado de la activación de la coagulación es la formación de la fibrina. Los mediadores de la inflamación estimulan las células sinoviales, las cuales proliferan, y las capas profundas activan fibroblastos para producir más tejido conjuntivo, así mismo estimula la proliferación vascular.

2.5.5.- CLASIFICACIÓN

Dada la elevada variedad de causas y sintomatología, es difícil clasificar la artritis y los trastornos reumáticos relacionados con las mismas. A continuación se consideran los siguientes tipos:

2.5.5.1.- LA GOTA

La gota es una enfermedad que aparece por el acúmulo de excesivas cantidades de uratos en las articulaciones a causa de los altos niveles de ácido úrico en la sangre, lo que origina crisis dolorosas a causa de la inflamación articular. El aumento de ácido úrico puede ser primario debido a un defecto congénito en el metabolismo de la purinas, pero también

¹⁵ HARRISON'S, Principios de Medicina Interna. Décimo Sexta Edición

puede ser secundario a otras situaciones en las que exista una producción excesiva o una disminución de la eliminación de ácido úrico como sucede en caso de padecer leucemia, mieloma múltiple o por el uso prolongado de diuréticos., así como determinadas quimioterapias de cáncer.

La aparición de los síntomas esta directamente relacionado con la duración y el grado de hiperuricemia. La gota suele evolucionar con crisis o ataques caracterizados por una inflamación aguda generalmente de una sola articulación, debido a una acumulación de cristales de urato en su interior. Las crisis repetidas dan lugar a la formación de tofos que son depósitos de uratos subcutáneos y posteriormente provocan una artritis crónica deformante. El 90% de los pacientes con gota son varones, normalmente mayores de 30 años; también puede producirse la formación de cálculos renales, que conlleva una enfermedad renal crónica.

La crisis de la gota tiene un inicio abrupto, con dolor agudo severo acompañado de enrojecimiento, calor, inflamación y sensibilidad en una o más articulaciones; puede haber fiebre, dolor de cabeza, malestar, anorexia y taquicardia, así como descamación y prurito en la zona afectada. En pacientes con gota crónica se puede observar deformidad permanente, con impotencia funcional, puede haber signos y síntomas de cálculos renales.

2.5.5.2.- ARTRITIS INFECCIOSA

La inflamación de las articulaciones puede deberse a una infección por diversos gérmenes, ya sea bacterias, virus u hongos. Los microorganismos patógenos pueden alcanzar la articulación por vía hematógena por contigüidad o por herida penetrantes.

Puede presentarse dolor intenso en la articulación que se intensifica ante cualquier roce o movimiento; aparece tumefacción articular, enrojecimiento y calor. El paciente suele referir malestar general, astenia,

anorexia, fiebre y escalofríos. Suele estar afectada una sola articulación, pero es posible la infección simultánea de varias articulaciones. Las más afectadas son las caderas, los hombros, los codos, las rodillas, la columna vertebral y la pelvis. Sin tratamiento la artritis infecciosa suele tener una evolución desfavorable y puede dar lugar a graves complicaciones como osteomielitis o sepsis.

2.5.5.3.- ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica que por lo general se manifiesta por una afectación sistémica de las articulaciones periféricas. Se caracteriza por presentar periodos de exacerbaciones y otros de remisiones. Comienza con una inflamación del tejido sinovial, que en ocasiones evoluciona hasta destruir la articulación.¹⁶

La etiología se desconoce pero se piensa que se trata de un trastorno autoinmune posiblemente con determinantes genéticos hereditarios, es una enfermedad que suele afectar a jóvenes y adultos entre los 35 a 40 años, siendo tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Generalmente hay una historia de inicio de inflamación en múltiples articulaciones, o bien de afectación gradual progresiva de la articulación; el cuadro articular suele estar acompañado de febrícula, fatiga, anorexia y pérdida de peso. Por lo general suele haber antecedentes familiares. Aparece también dolor y sensibilidad de las articulaciones, inflamación con tumefacción, enrojecimiento y calor; es típica la afectación en las muñecas, tobillos y codos. Si el proceso continua el resultado final puede ser la inactividad y la dislocación incompleta o parcial de las articulaciones. Puede producirse cambios sistémicos a nivel pulmonar como derrame pleural, fibrosis; además úlceras por vasculitis, aumento del tamaño del bazo. En la artritis reumatoide puede aparecer el síndrome

¹⁶ HARRISON'S, Principios de Medicina Interna. Décimo Sexta Edición

de Sjögren como ojos secos debido a un lagrimeo insuficiente y boca seca.

2.5.5.4.- ARTROSIS DEGENERATIVA

LA artrosis es una enfermedad articular degenerativa caracterizada por la destrucción del cartílago articular y neoformación ósea, con alteración funcional. Esta enfermedad se denomina también osteoartritis, en general se relaciona con el envejecimiento pero también puede ser secundaria a traumatismos o a otras artropatías; ésta enfermedad afecta sobre todo a las articulaciones que soportan más peso.

Entre las principales manifestaciones que se presenta en esta enfermedad tenemos: el dolor articular, rigidez articular, limitación de movimientos o impotencia funcional, ruidos articulares durante el movimiento, deformidad y presencia de nódulos en las manos.

2.5.5.5.- FIEBRE REUMÁTICA

La fiebre reumática es una inflamación aguda sistémica, tiene relación con una infección faríngea previa por el estreptococo Beta Hemolítico del tipo A, pero sin que el germen se demuestre en las lesiones. Las manifestaciones clínicas principales son la poliartritis y la carditis. La fiebre es frecuente; otras manifestaciones como las cutáneas en las que tenemos el eritema marginado y los nódulos; así como también la corea de Sydenham son infrecuentes pero características de esta enfermedad. Aunque puede aparecer en cualquier edad, es más frecuente que se presente en la infancia después de los dos años y juvenil; sin distinción de sexo.

La frecuencia de la fiebre reumática depende de la extensión en la comunidad de la infección faríngea. Las condiciones deficientes de vida, sobre todo las que se refieren al hábitat, y la falta de cumplimiento de los programas de prevención son factores determinantes. La

morbilidad y mortalidad acumuladas se la fiebre reumática son como consecuencia de la enfermedad cardíaca reumática.

2.5.5.6.- LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica del tejido conjuntivo que provoca lesiones y manifestaciones en las articulaciones, piel, pulmones, riñones. Aparato digestivo, aparato cardiovascular, aparato digestivo y sistema nervioso. Su etiología se desconoce, aunque al parecer existe cierta predisposición genética hereditaria. Se considera un trastorno autoinmune, con la formación de inmunocomplejos que lesionan los tejidos.¹⁷ En ocasiones la reacción inflamatoria se desencadena tras una exposición a radiaciones ultravioletas o por la administración de ciertos fármacos como la hidralacina, procainamida, isoniácida, entre otros.

En las crisis se desarrollan síntomas generales inespecíficos como astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso; a nivel del aparato locomotor provoca inflamación de las articulaciones principalmente en las manos, muñecas y tobillos, el dolor puede ser muy intenso y comportar impotencia funcional.

En la piel se producen erupciones eritematosas de inicio súbito en áreas expuestas al sol como cara, cuello, extremidades, siendo característico el eritema en alas de mariposa sobre la nariz y las mejillas. Otras posibles manifestaciones tenemos: neuropatía periférica con parestesias, parestias y parálisis transitorias, convulsiones; a nivel del riñón puede producir pielonefritis con hipertensión y edemas; A nivel de aparato respiratorio puede producir pleuritis y derrame pleural, neumonitis; a nivel del corazón produce dolor torácico y pericarditis; y a nivel del aparato digestivo se presenta dolor abdominal, náusea y vómito.

¹⁷ FARRERAS Valenti, CIRIL Rozman. Medicina Interna. Décima cuarta Edición 2000.

2.5.6.- DIAGNOSTICO

Para efectuar un diagnóstico adecuado se realizan varios estudios entre los cuales se encuentran:

1. se realizará una analítica sanguínea completa; en donde se observa leucocitos y aumento de la velocidad de sedimentación globular.
2. pruebas sexológicas para detectar alguna enfermedad sospechosa de causar la infección articular.
3. Radiografías de la articulación afectada.
4. Examen del líquido sinovial aspirado de la cavidad articular donde se encuentran cristales de urato en caso de artritis gotosa.
5. Artroscopia incluyendo biopsia sinovial
6. Prueba de fijación de látex para el factor reumatoide que ayuda a determinar el diagnóstico.

2.5.7.-TRATAMIENTO

El paciente debe conocer que la artritis es una enfermedad crónicas y que no existe ningún tratamiento curativo, pero su evolución se puede detener y que no existe riesgo real de invalidez, ya que casos más desfavorables tienen soluciones quirúrgicas muy satisfactorias.

En el tratamiento de todos los tipos de artritis se deben tomar aspectos muy importantes:

1. Reposo Funcional

El reposo funcional significa que las articulaciones no deben ser sometidas a las sobrecargas funcionales ya que des esta forma se acelera la progresión de la enfermedad. Se trata de un reposo relativo no absoluto, que muchas veces no es aceptado por los pacientes que realizan trabajos forzados para no sentirse inútiles

2. Corregir la Obesidad

Para ello suele ser suficiente una dieta hipocalórica. Hay que tener en cuenta que al recomendar reposo funcional, el enfermo puede pasar a llevar una vida sedentaria que favorezca la obesidad, puede ser útil recomendar algún tipo de deporte que no sobrecargue las articulaciones dañadas como natación.

3. Gimnasia Articular

Se debe iniciar los ejercicios de forma suave y progresivamente aumentar el número y la intensidad de los ejercicios; de no ser así puede exacerbarse el cuadro doloroso. Debe hacerse diariamente y no abandonarla nunca, aunque sí reducir su intensidad durante los brotes dolorosos.

4. Calor Local

Las aplicaciones de calor local, una o dos veces al día, con una bolsa de agua o esterilla eléctrica, son de gran utilidad como relajación muscular y analgesia.

5. Medidas Generales

Hay que evitar en lo posible una vida agitada, con gran actividad física o estrés psíquico. Conviene dormir una media de entre 8 a 10 horas nocturnas y tomar una siesta de 30 minutos durante el día. Es bueno comenzar el día tomando un baño de agua caliente, que contribuirá a disminuir la rigidez articular. Si se puede elegir el trabajo hay que evitar actividades que precisen esfuerzos físicos, obliguen estar mucho tiempo de pie, o necesiten movimientos repetitivos sobre todo de las manos. Durante la jornada laboral hay que mantener una posición recta en el asiento y evitar permanecer con el cuello y la espalda doblados durante mucho tiempo, es preciso evitar mantener las articulaciones dobladas, no debe ponerse almohadas debajo de las rodillas; es recomendable poner

una tabla bajo el colchón y utilizar una almohada baja. El uso de un calzado adecuado es fundamental, es conveniente utilizar un zapato elástico pero firme, no es adecuado el uso de calzado sintético.

2.5.7.1.- FISIOTERAPIA

El fisioterapeuta diseña un programa de ejercicios basado en la situación del paciente, el programa evitará esfuerzos en las articulaciones, haciendo énfasis en los ejercicios isométricos y en la hidroterapia.

Se puede incluir compresas de agua caliente húmedas, baños en bañera con agua caliente y aplicaciones de parafina caliente generalmente antes de los ejercicios. Cuando el calor aumenta la intensidad del dolor articular se puede intentar aplicaciones de compresas frías.

La fisioterapia también puede comprender el empleo de otros aparatos y procedimientos. Las férulas o los apoyos como las abrazaderas protegen las articulaciones durante el ejercicio disminuyendo el movimiento articular indeseado. Las plantillas para zapatos a menudo reducen el dolor al caminar.

2.5.7.2.- CIRUGÍA

Existen algunos métodos que pueden ayudar en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad entre los cuales tenemos:

1. La sonovectomía que puede dar lugar al alivio del dolor y evitar la destrucción tisular.
2. La artrodesis que es la fusión de una articulación y puede ser útil para la estabilidad articular.
3. Puede recurrirse a la sustitución articular protésica como la prótesis total de cadera, entre otras.

2.5.7.3.- FARMACOTERAPIA

Los fármacos se asocian conjuntamente con la fisioterapia con el fin de aliviar los síntomas. Los fármacos utilizados para el tratamiento de la artritis son los siguientes:

Antiinflamatorios No Esteroidales: aspirina, ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco.

Corticosteroides: prednisona.

Antirreumáticos modificadores de la enfermedad: Compuestos de oro, metotrexato, leflunomida, Azatioprina, ciclosporina, ciclosporina, penicilamina, hidroxicloroquina.

Anticitoquinas: Inhibidor del factor de necrosis tumoral, antagonistas del receptor anti-interleucina-1 (anakinra)

2.6.- CANCER

2.6.1.-DEFINICIÓN

Crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función de la localización y de la célula de origen.¹⁸

Existen numerosos tipos cánceres, entre los que destacan 3 subtipos principales:

¹⁸ OTTO Shirley, Enfermería Oncológica. Tercera edición 2002.

- **Sarcomas.-** que proceden del tejido conjuntivo presente en los huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.
- **Carcinomas.-** que surgen en los tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales como el sistema respiratorio o digestivo o en los tejidos glandulares de la mama y la próstata.
- **Linfomas.-** en este grupo se encuentran también las leucemias, que incluyen los cánceres que se originan en los tejidos formadores de las células sanguíneas. Pueden producir una inflamación de los ganglios linfáticos, aumento de tamaño del bazo o invasión y destrucción de la médula ósea, así como una producción excesiva de leucocitos o linfocitos inmaduros

2.6.2.- EPIDEMIOLOGÍA

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la enfermedad. El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental después de las enfermedades cardiovasculares y es la principal causa de muerte por enfermedad en niños de 1 a 14 años.

Globalmente, los cánceres más frecuentes son los del sistema respiratorio seguido por los del estómago, próstata, colon y mama. En las mujeres el cáncer de mama y de cerviz son los más frecuentes aunque está aumentando de forma notable la incidencia y la mortalidad por cáncer de pulmón.

2.6.3.- ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Ciertos factores son capaces de provocar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico.

➤ **Factores Hereditarios.-** Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

➤ **Infecciones.-** Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cuello uterino y con el sarcoma de Kaposi que es un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA. Por ejemplo se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

➤ **Radiaciones.-** Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. El origen de la radiación es muy variable; puede proceder de las armas nucleares, la radiactividad natural en ciertas regiones, el tratamiento con radioterapia, la manipulación de materiales radiactivos o la exposición exagerada a la radiación ultravioleta. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años.

➤ **Productos Químicos.-** Sólo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores

producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores.

➤ **Factores inmunes.-** Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores.

➤ **Factores ambientales.-** Se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata.

2.6.4.-FISIOPATOLOGIA

Casi todos los cánceres forman masas de tejido que reciben el nombre de tumores, pero no todos los tumores son cancerosos o malignos; la mayor parte son benignos. Los tumores benignos se caracterizan por un crecimiento localizado y suelen estar separados de los tejidos vecinos por una cápsula. Los tumores benignos tienen un crecimiento lento y una estructura semejante al tejido del que proceden. En ocasiones pueden producir alteraciones por obstrucción, compresión o desplazamiento de

las estructuras vecinas, como sucede a veces en el cerebro. Algunos tumores benignos como los pólipos del colon pueden evolucionar hacia un cáncer.¹⁹

El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios.

2.6.5.- PRICIPALES TIPOS DE CANCER

➤ **Cáncer de estómago.-** el cáncer de estómago es un tipo poco común de cáncer, en el cual su incidencia ha ido disminuyendo en los últimos años; se presenta en mayor porcentaje en hombres que en mujeres y es más frecuentes en personas de 50 a 70 años. Diversos hábitos alimentarios se han asociado con la presencia de cáncer estomacal como el excesivo consumo de alimentos refrigerados, ahumados, salados o contaminados lo cual influye en la incidencia del cáncer estomacal; se dice también que el tipo de trabajo es uno de los factores importantes en la prevalencia de este tipo de cáncer.

➤ **Cáncer pulmonar.-** el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en varones a partir de los 35 años y en mujeres a partir de 55 a 75 años. El aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en la población es como consecuencia del alto consumo de cigarrillo; así como también los contaminantes ambientales son considerados factores etiológicos y desencadenantes de ésta enfermedad. Según estudios realizados el riesgo de cáncer de pulmón es mayor las personas con antecedentes de familiares que han sufrido este tipo de cáncer.

¹⁹ OTTO Shirley, Enfermería Oncológica, Tercera Edición 2002.

➤ **Cáncer de Piel.-** El cáncer de piel engloba a un conjunto de enfermedades neoplásicas que tienen diagnóstico, tratamiento y pronóstico muy diferente. Lo único que tienen en común es la misma localización anatómica: la piel. El principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer de piel son los rayos ultravioleta procedentes de la luz solar, que producen mutaciones en el ADN de las células que se acumulan durante años. El cáncer de piel es la forma más frecuente de cáncer en la población de piel blanca. Los tres tipos principales de cáncer de piel son el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas, que tienen altas posibilidades de curación, y el tipo más grave que es el melanoma maligno. La exposición a los rayos ultravioletas del Sol, de la luna y del medio ambiente parece ser el factor ambiental más importante en la aparición del cáncer de piel. Las medidas para protegerse del Sol pueden prevenir el cáncer de piel si se utilizan de forma constante. Los rayos ultravioletas procedentes de fuentes artificiales de luz, tales como los lechos de bronceado y las lámparas solares, son tan peligrosos como los rayos del Sol y también deben evitarse.

➤ **Cáncer de Próstata.-** este tipo de cáncer es muy común en los países desarrollados y se relaciona con el proceso de envejecimiento, después de los 50 años la tasa de incidencia y mortalidad por esta enfermedad se elevan de manera potencial; la etiología exacta del cáncer de próstata se desconoce aunque parece que es el resultado de una interacción entre las hormonas endógenas y algunas influencias ambientales, en especial en consumo de grasas. Diversos estudios han sugerido que la incidencia de cáncer prostático es mayor en los hombres con antecedentes familiares de ésta enfermedad; el riesgo relativo de cáncer prostático aumenta con el tiempo después de la vasectomía, por lo que se aprecia que este procedimiento incrementa el riesgo de padecerlo.

➤ **Cáncer de Cervix.-** Este tipo de cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en las mujeres, su etiología es desconocida, pero está relacionada con la practica sexual inadecuada, así como también la alimentación y el estilo de vida que han sido identificados como factores en su desarrollo, el inicio de las practicas sexuales entes de los 18 años y el tener muchas parejas sexuales incrementa el riesgo de padecer éste tipo de cáncer, entre otros factores relacionados tenemos el poco consumo de vitamina A,C y ácido fólico en la dieta así como también el consumo de tabaco y el abuso del alcohol.

➤ **Cáncer de Mama.-** El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo, su causa es desconocida y entre los factores de riesgo se encuentran la edad ya que en su incidencia aumenta en mujeres mayores de 40 a 50 años; los antecedentes familiares también están relacionados con el aparecimiento de esta enfermedad; el hecho de no tener hijos o el tener el primer hijo después de los 30 años ha incrementado el riesgo en la mujer; se ha demostrado que la concepción a una edad precoz tiene un efecto protector y es probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a la producción de hormonas que las hacen menos susceptibles a los tumores.

➤ **Leucemia.-** La leucemia es un trastorno hematológico maligno caracterizado por la proliferación de leucocitos anómalos que infiltran a la médula ósea, a la sangre periférica y a otros órganos y puede presentarse como un proceso agudo o crónico. La etiología exacta de la leucemia linfocítica aguda se desconoce aunque se cree que la radiación, químicos, algunos medicamentos, los virus y las anomalías genéticas son posibles factores desencadenantes.

Es una ardua tarea y una realidad dura y dolorosa, pero una gran satisfacción si podemos colaborar y saber que desde nuestra humilde posición podemos ayudar a ese enfermo que tanto necesita no solo de su familia sino también de nosotros, los profesionales para contenerlo y acompañarlo a lo largo de su tratamiento.

2.7.- CUIDADOS PALIATIVOS

2.7.1.- INTRODUCCIÓN.-

En cuanto a la palabra paliar deriva del latín “paliare” que significa aliviar el sufrimiento cuando la cura no es posible. En 1975, en Canadá Baulfor Mount fundó el servicio de cuidados paliativos en el hospital de Montreal y fue la primera vez que se uso la palabra paliativo aplicado al cuidado tipo “hospice”.²⁰

Inevitablemente aparecieron diferencias entre los que querían mantener el concepto de cuidados tipo “hospice” frente a los que gustaban el término más moderno de “cuidados paliativos”.

Fue Cicely Saunders la impulsadota de los cuidados paliativos, quien estableció nuevas bases para el manejo de los enfermos en la fase Terminal, hasta entonces las opciones eran dos básicas.

Una era utilizar todo el arsenal terapéutico disponible, tratando a estos pacientes como si fueran enfermos agudos recuperables, llegando como en acciones al encarnecimiento terapéutico; la otra consistía en permanecer pasivos hasta el final porque ya no se puede hacer nada. La filosofía de los cuidados paliativos ofreció una tercera posibilidad, proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible mediante el control sintomático y el apoyo psicológico, tanto a el como a su familia.

²⁰ LOPEZ I Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España 1999.

Existe la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades. Los pacientes y sus familiares pueden lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual.

En un intento de limitar las discrepancias surgidas y unificar criterios, en 1990, la OMS define a los cuidados paliativos como: “El cuidado global, activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en lo que es esencial en control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los mismos son aplicables juntamente con el tratamiento oncológico en las fases tempranas de la enfermedad y recalca que “Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural, no prolongan ni aceleran la muerte, proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, integran aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares para afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo”.

2.7.2-DEFINICIÓN

Son los programas de tratamiento activos destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.²¹

Intentan controlar, no solo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de su vida y tenga una buena muerte.

2.7.3.- OBJETIVOS DEL CUIDADO PALIATIVO

La OMS, declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos, son los siguientes:

²¹ LOPEZ I, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España 1999.

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargan ni acortan la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.

En síntesis, el principal objetivo de los Cuidados Paliativos es la mejora de la calidad de vida y el confort, definidos por el enfermo y la familia, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Por lo tanto debemos respetar los criterios del paciente siempre que estén basados en el conocimiento de su patología, pronóstico y terapéutica.

Una buena comunicación con este tipo de pacientes, respetando su silencio y coordinando con el equipo de salud asistencial, la familia se le proporcionará un ambiente de confianza y de seguridad en la que se consigue su tranquilidad.

Se debe dar apoyo en todo y en cada una de las fases de adaptación del paciente a su enfermedad Terminal, porque suele ocurrir fases de shock, ira, de negación, depresión y aceptación o resignación.

El control correcto se basa en que la terapéutica sea integral de todo y de cada uno de los síntomas físicos presentes, proporcionando el apoyo psicológico, social y espiritual que el paciente necesite respetando sus creencias.

Este tratamiento debe ser permanente e intensivo, programado y a demanda del paciente, no importa si esta ubicado en el domicilio como en la unidad de cuidados paliativos.

Serán asistenciados por un equipo multidisciplinario bien coordinado, con objetivos concretos y alcanzables, elaborado de forma individualizada, ya

que no todos los pacientes tienen el mismo umbral del dolor, ni sus culturas son iguales.

Es necesario conocer profundamente a cada paciente, valorando su sintomatología, sus características personales, su cultura, su medio familiar, sus problemas sociales, sus asuntos pendientes y sus preocupaciones, su domicilio y condiciones de este, sus creencias y su espiritualidad, sus medios, para así poder proporcionar un tratamiento individualizado para alcanzar el mayor bienestar y confort.

En el domicilio el paciente está en su medio hábitat rodeado de su familia y amistades, en la que requiere una serie de circunstancias en la que su familia puede mantener al paciente correctamente y pueda soportar la situación, que reúna las condiciones adecuadas de higiene, movilización y un sistema sanitario correcto.

En la unidad de cuidados paliativos la asistencia es sanitaria es permanente, sistemático, puntual; para la familia es un descanso y disminuye su responsabilidad en relación al tratamiento correcto, hay que tomar en cuenta que el paciente debe permanecer donde mejor sea tratado y donde quiera estar.

La participación del equipo de salud en estas circunstancias es de primordial importancia, siendo las enfermeras las que más tiempo permanecen con los pacientes y los conocen mejor.

2.7.4.- LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos tienen como objetivo principal proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo, entendiendo como bienestar la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el enfermo de forma intermitente, continuo o esporádico, a lo largo de la última etapa de su existencia. Por ello, las enfermeras tienen un papel fundamental en esta área paliativa, ya que aquello se logra, en gran

medida con los cuidados integrales propios del quehacer del equipo de enfermería.

El fin básico es el alivio y el aumento de bienestar del paciente, siendo muy cautos en la valoración de la relación daño/beneficio que ejerzan nuestros cuidados, y que siempre prime el bien subjetivo del enfermo; por eso es básico contar con la opinión del mismo e integrarlo junto con su familia en la planificación y en la toma de decisiones respecto a los cuidados a seguir.

2.7.5.-CUIDADOS AL PACIENTE

Hay que desarrollar la empatía y para ello tenemos que cuidar al paciente de la misma forma en que quisiéramos que los hicieran con nosotros. Pensando en esta forma es más difícil cometer errores en nuestra labor.

El profesional de enfermería debe guiar y orientar el manejo de la situación global del enfermo; el paciente debe mover y ayudar en algunas tareas de la casa para sentirse útil e integrado en la familia; estimularemos todas las actividades de entretenimiento que sean de su agrado que antes realizaba en su tiempo libre. Si esto no es posible, siempre están las actividades habituales como ver televisión, leer, escuchar música; también es bueno promover encuentros visitas de sus familiares y amigos.

Debemos estimular al paciente para que salga a la calle, pasee y disfrute del aire libre, del sol y de la vida en el exterior. En el encaminamiento procuraremos que tenga sus objetos personales a mano y el timbre para llamar cuando necesite ayuda, esos pequeños detalles, le ayudan a que la vida merezca ser vivida, aún con las limitaciones que van aconteciendo, estimula la esperanza y enriquece los días.

Algo que parece muy simple pero es muy importante es el saber escuchar a estos pacientes pues ellos tienen un alto índice de ansiedad y miedo.

Tiene mucha necesidad de expresar sus dudas, preocupaciones, lo que piensan, lo que sienten y de compartirlo con alguien. El contacto físico con el paciente mientras lo escuchamos hará que la comunicación sea más intensa y sincera. Ante lo que no podemos solucionar, simplemente hemos de aprender a escuchar y entender; muchas veces nosotros actuamos como una barandilla emocional del enfermo y de su familia, de forma que nuestra escucha, nuestros consejos y nuestros cuidados les sirven de apoyo en los momentos en que lo necesitan.

El contacto físico con el paciente es muy importante ya que ellos son muy sensibles a cualquier muestra de cariño, simplemente el hecho de arroparles, estirarles las sábanas, cambiarles de postura son muestras de acercamiento y cariño, esto es fundamental ya que algunos pacientes por el hecho de encontrarse en una situación de salud deficiente tiene el autoestima bajo. El tacto es una forma importante de dar cuidado, cariño y comprensión.

Los pacientes valorar y recogen, como una inyección extra de energía, cualquier sonrisa que le brindemos, así como la alegría que podamos expresarles; la muerte debe de acontecer de forma tranquila y serena, para lo cual hemos de procurar un entorno adecuado, seguro, apacible, cálido, rodeado de cariño de sus familiares y de los que le quieren.

2.7.6.-CUIDADOS A LA FAMILIA

La familia es dadora y receptora de cuidados, debemos de interesarnos de cómo se encuentran los familiares, este interés les hará sentirse apoyados y les dará más fuerza para seguir adelante, a la vez facilitará una relación más intensa que mejorará la comunicación y colaboración.

Hay que considerar como familia no solo a los que tienen parentesco, sino también a los más allegados efectivamente. A veces tiene lazos más fuertes que los primeros, siendo en alguna ocasión los cuidadores principales. Una familia bien informada, entrenada y cuidada, afrontará la situación con serenidad y será capaz de aportar al paciente ese entorno

cálido y seguro que tanto necesita. Hay que tener en cuenta que aunque todos sabemos que un día moriremos no llegamos a ser conscientes de ello hasta que experimentamos situaciones como estas. Esto trae como consecuencia estados emocionales y psicológicos inesperados. Hay que estar atentos a estos cambios y reforzar al apoyo emocional con la actuación específica del psicólogo en caso necesario.

2.8.- CUIDADADOS DOMICILIARIOS

2.8.1.- La Familia

El termino familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad, que no siempre es fácil de discernir sobre los elementos que puedan ser comunes; sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología.

El concepto de familia incluye una compleja organización con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí; es la matriz de un grupo peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. La familia es el grupo humano primario más importante en la vida del hombre, la institución más estable de la historia de la humanidad. El hombre vive en la familia, aquella en la que nace y posteriormente la que el mismo crea.

Es innegable que cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada su manera de pensar, sus valores y actitudes; transmiten luego a sus hijos los modos de actuar, formas de relacionarse con las personas, normas de comportamiento que reflejan mucho de ellos mismos en su temprana edad y durante toda la vida.

Varios sociólogos afirman que las funciones que cumple la familia persiste y persistirán a través de todos los tiempos, pues esta forma de organización es propia de la especie humana, le es inherente al hombre, por su doble condición de Ser individual y Ser social y de forma natural requiere de éste, su grupo primario de origen.

Para su estudio la familia se ha clasificado de acuerdo a su conformación, ciclo vital, estructura y funcionalidad. El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de los miembros que está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio, en cuatro etapas conformadas a su vez en varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar.

Por su conformación puede ser:

- **Familia Nuclear Integra.-** Corresponde a matrimonios casados en primeras nupcias con o sin hijos que viven bajo el mismo techo.
- **Familia Seminuclear o Monoparental.-** Formada solo por un conyugue y sus hijos, ya sea por muerte, separación, divorcio o el abandono de uno de los conyugues.
- **Familia extensa.-** Familias donde viven más de dos generaciones en el hogar de los abuelos por lo general mantienen las afectivos muy intensos.
- **Familia Nuclear Ampliada o compuesta.-** Familias a la que a su núcleo integran otras personas que pueden tener lasos consanguíneos (madre, tíos, sobrinos) o no (empleadas del hogar o huéspedes).
- **Familia Múltiple.-** Dos o más familias viviendo bajo un mismo techo unidas por lasos de consanguinidad o no.
- **Familia Reconstituida.-** Es una familia en la que dos adultos forman una nueva familia en la cual el menos un de ellos incorpora un hijo habido de una relación anterior.

2.8.2.- FUNCIONES FAMILIARES

Las actividades y las funciones familiares se agrupan en las llamadas funciones familiares, están encaminadas a la satisfacción de importantes necesidades de sus miembros, aunque no como individuos aislados, sino en estrecha interdependencia. La familia desempeña una función económica que históricamente le ha caracterizado como célula de la sociedad. Esta función abarca las actividades relacionadas con la reposición de la fuerza de trabajo de sus integrantes, el presupuesto de gastos de la familia en base a sus ingresos; las tareas domésticas del abastecimiento, el consumo, la satisfacción de necesidades materiales individuales, etc.

La relaciones familiares que se establecen en la realización de tareas y la distribución de los roles hogareños son de gran valor para caracterizar la vida subjetiva de colectividad familiar. En esta función también incluye el descanso, que esta expresado en el presupuesto tiempo libre de cada miembro y de la familia como unidad. La función biosocial de la familia comprende la procreación y crianza de los hijos, así como las relaciones sexuales, afectivas de la pareja. Estas actividades e interrelaciones son significativas en la estabilidad familiar y en la forma emocional de sus hijos. Aquí también se incluyen las relaciones que dan lugar a la seguridad emocional de los miembros y su identificación con la familia.

2.8.3.- ATENCIÓN FAMILIAR

La familia puede ser considerada como la célula nuclear de la sociedad. Pautas socioculturales, reglas, creencias, códigos de convivencia, valores, modos de relacionarse, estilos de vida, se transmiten a los hijos, que luego conformaran, por opuesto o similitud, nuevos grupos familiares, reproduciendo los cambios sociales del momento, garantizando así la continuidad de la cultura.

La familia como contexto social primario en el que ocurre y se resuelve el proceso salud enfermedad, ha sido y es motivo de preocupación desde las más diversas disciplinas. Son muchos los estudios sobre las

relaciones existentes entre la características familiares y el desarrollo psicobiológico y social de cada uno de sus integrantes (fecundidad, desnutrición, morbimortalidad infantil, enfermedades mentales, psicosomáticas, utilización de los servicios de salud, etc.)

La persona ha dejado de ser vista como un ser meramente biológico y han cobrado interés factores psicológicos y sociales, mucho de los cuales se generan en el seno familiar y afectan de alguna forma la salud de sus integrantes.

La familia como unidad de cuidado.

La aparición de enfermedades no está determinada solo por factores genéticos. Los patrones de conducta familiares, sociales y ambientales son contribuyentes importantes que aumentarán o disminuirán la vulnerabilidad del individuo a padecerlas. La alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, HTA, DBT, obesidad etc, están determinados principalmente por los estilos de vidas, las pautas y creencias, que se generan en el seno familiar. Muchas son las investigaciones que han demostrado la influencia de la familia en el proceso de salud y enfermedad de sus integrantes, como por ejemplo la repercusión del estrés y el escaso apoyo familiar sobre el índice de mortalidad, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la repercusión del funcionamiento familiar sobre el curso de los problemas crónicos etc.

La medicina familiar, toma como unidad de atención y de estudio a la familia; para ello integra en sus prácticas y a su cuerpo de conceptual, contenidos de otras disciplinas como la antropología, la sociología y psicología, a fin de brindar una atención integral y continua a la familia en todas sus etapas, valiéndose de los recursos comunitarios y los de la propia familia.

FAMILIOGRAMA.-

Corresponde a la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo. Es útil para registrar en él datos sobre la composición familiar, organización, dinámica de la familia, antecedentes hereditarios familiares y problemas de la salud de los miembros del grupo.

Esta formado por simbología de la estructura familiar, utiliza símbolos especiales con los que se representan los diferentes miembros de la familia y como se encuentran relacionados entre sí y con otras generaciones.

Su elaboración debe ser simple y breve ya que debe brindar información a primera vista, mediante el esquema de tres o mas generaciones se debe representar a todos los miembros de ambas familias de origen de la pareja, identificando cada generación con números romanos.

APGAR FAMILIAR.-

Fue creado por Gabriel Smilkstein en el año de 1978 como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia. Permite conocer como la persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Puede ser aplicado a las personas de todos los niveles socioeconómicos y contextos socioculturales, es dinámico, auto administrable. El APGAR, estudia los siguientes aspectos:

- ♦ **Adaptación.-** Evalúa como la familia y sus miembros se ayudan y adaptan a tiempos de necesidad y crisis.
- ♦ **Participación.-** Evalúa la participación y comunicación intrafamiliar de sus miembros.
- ♦ **Ganancia.-** Analiza el crecimiento familiar, es decir la forma en que sus miembros emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo.
- ♦ **Afecto.-** Evalúa respuestas a expresiones emocionales como afecto, amor, pena, etc.

- ♦ **Recursos.-** Analiza la forma en que los miembros de la familia comparten tiempo, espacio y dinero.

Cada parámetro tiene cinco opciones de respuesta que son nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, cuyos valores corresponden a 0,1,2,3, y 4 respectivamente; al sumar los cinco parámetros el puntaje oscila entre 0 y 20, para indicar buena, leve, moderada, y severa función familiar según la siguiente escala:

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	9 ó menos

El APGAR no solo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar, sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona a señalado como problemáticas.

2.9.- TERAPIAS RECREATIVAS

2.9.1.- Terapia Física y Rehabilitación

La terapia física, también conocida como rehabilitación funcional, es un programa diseñado para ayudar al paciente a mejorar o mantener sus capacidades funcionales. La terapia física incluye el desarrollo de la fuerza, flexibilidad y resistencia, así como el aprendizaje de la biomecánica apropiada como la postura para lograr la estabilidad de la columna y prevenir las lesiones.²²

Estos tratamientos habitualmente incluyen tratamientos tanto pasivos como activos. Los tratamientos pasivos incluyen la manipulación

²² OPS, Guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales Enfermedades Crónicas No transmisibles.

ortopédica, la estimulación eléctrica, la liberación miofascial, el ultrasonido y la aplicación de calor/hielo. El tratamiento activo incluye ejercicios terapéuticos, tales como los ejercicios en el suelo, los ejercicios con equipo especial y la terapia acuática o hidroterapia.

2.9.1.1.-Terapias Pasivas

1. Manipulación Ortopédica.

Terapia Manual.- La terapia manual incluye la manipulación y la movilización. Esta terapia incluye la recuperación de la movilidad de las articulaciones rígidas y el alivio del dolor. La manipulación es un movimiento rápido, pasivo, específicamente controlado para regresar una articulación a la posición correcta y/o reducir los espasmos musculares que puedan causar o contribuir a la irritación de los nervios vertebrales.

Antes de la terapia manual, se puede administrar una terapia pasiva. La terapia pasiva podría incluir la aplicación de calor, la estimulación con ultrasonido y/o la estimulación eléctrica. Estas terapias relajan y calientan los tejidos blandos subyacentes y permiten que las articulaciones se puedan manipular más fácilmente.

2. Estimulación Eléctrica

La estimulación eléctrica también se conoce como Electro-Neuroestimulación Transcutánea, en este mecanismo se libera una corriente eléctrica que pasa, sin dolor, a través de la piel del paciente hasta los nervios específicos. La corriente produce calor moderado que actúa aliviando la rigidez y el dolor y ayuda a mejorar la movilidad. Este tratamiento no es invasivo y hasta el momento no se han reportado efectos secundarios. Se puede utilizar para controlar el dolor agudo y el dolor crónico.

3. Liberación Miofascial

La fascia es una estructura de tejido conectivo que sostiene los músculos, los huesos y los órganos. La tensión derivada de alguna lesión o de la mala postura hace que la fascia, también llamada aponeurosis, se tense. Conforme la fascia se contrae, los músculos y los huesos se pueden mover fuera de su lugar y ocasionar dolor. El terapeuta físico utiliza los dedos, palmas, codos y antebrazos para estirar firme y suavemente la fascia.

4. Ultrasonido

El ultrasonido es una terapia común no invasiva que se utiliza para el tratamiento del dolor de espalda y de cuello, las lesiones de tendones y ligamentos, los espasmos o contracciones musculares, los problemas articulares y otras enfermedades relacionadas con la columna vertebral.

El terapeuta físico aplica gel sobre la piel del paciente para crear una superficie libre de fricción, de manera que se pueda girar suavemente el tubo del ultrasonido sobre el área a tratar. El ultrasonido utiliza ondas de sonido de alta frecuencia para producir calor profundo en los tejidos. Esta terapia promueve la circulación y cicatrización, relaja los espasmos musculares, reduce la inflamación y ayuda a aliviar el dolor.

5. Terapias con Hielo y Calor

Los tratamientos fríos nunca se aplican directamente sobre la piel, debido a que el exceso de frío puede dañar el tejido de la piel. Para evitar el daño se coloca una barrera entre la piel y la fuente de frío, como una toalla, por ejemplo. El hielo ayuda a reducir la circulación sanguínea y disminuye así la hinchazón, la inflamación y el dolor.

Las opciones de calor terapéutico incluyen la aplicación de compresas calientes y el ultrasonido. El calor húmedo tibio aumenta la circulación en el área afectada. La sangre lleva los nutrientes necesarios hasta el área y ayuda a desalojar las toxinas. El calor ayuda a relajar los músculos rígidos y dolorosos.

2.9.1.2.-Terapias Activas

1.-Hidroterapia y Ejercicio

Los pacientes con osteoartritis, artritis reumatoide, canal vertebral estrecho y dolor de espalda o cuello y otras enfermedades de la columna se pueden beneficiar de la terapia acuática. Con frecuencia el tratamiento se lleva a cabo en un tanque o piscina con agua caliente. La hidroterapia está indicada para los casos de deterioro de la movilidad, debilidad, para incrementar la tolerancia del apoyo, así como para el dolor, la flexibilidad y la coordinación. El agua tibia relaja los músculos. La flotabilidad derivada del agua favorece la movilización de las articulaciones sin un esfuerzo excesivo. Con frecuencia lo que un paciente no puede hacer en tierra, lo puede lograr en el agua.

2.-Ejercicio Terapéutico

Cualquier persona se puede beneficiar del ejercicio terapéutico. El ejercicio aumenta la fuerza, mejora el equilibrio y la coordinación, mejora el sueño, incrementa la flexibilidad, estimula el sistema cardiovascular, tonifica los músculos y alivia la rigidez musculoesquelética, la fatiga y el dolor. El terapeuta físico diseñará un programa que satisfaga las necesidades individuales de cada paciente.

Antes del ejercicio terapéutico se administra una modalidad pasiva, seguida de un período de actividades de calentamiento. El calentamiento del cuerpo se puede lograr con la práctica de caminata en una banda o caminadora o en una bicicleta fija.

3.-Biomecánica

Durante la terapia física se enseña a los pacientes a mantener una postura apropiada. La buena postura ayuda a proteger la columna vertebral contra la tensión y el esfuerzo innecesarios. Con frecuencia el dolor de espalda y de cuello es resultado de una postura deficiente. Aprender la forma correcta de levantar objetos o de alcanzar algo, de cargar, de pararse y sentarse, y de subir y bajar del auto son todas habilidades prácticas que pueden ayudar a prevenir una lesión y el dolor, así como a reanudar las actividades laborales y de entretenimiento.

2.10.- DESCRIPCIÓN DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

2.10.1.-VISIÓN

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

2 10.2.-MISIÓN

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.

2.10.3.-POLITICAS INSTITUCIONALES

Mediante Resolución N° 021, el Consejo Directivo del IESS aprobó el nuevo orgánico funcional de la Institución que cuenta con seis niveles:

1. Nivel de gobierno y Dirección superior.- Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

2. Nivel de Dirección especializada.- Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riegos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

3. Nivel de reclamación administrativa.- Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones plantados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

4. Nivel Técnico Auxiliar.- Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

5. Nivel de Control Interno.- La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo, profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

6. Nivel de asistencia técnica y administrativa.- Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

ÓRGANOS DE GOBIERNO

El Consejo Directivo es el órgano máximo de gobierno y le corresponde dictar las políticas para la aplicación del Seguro General Obligatorio, así como las normas de organización y funcionamiento de los seguros generales y especiales administrados por el IESS y la fiscalización de los actos de la administración. Está conformado de manera tripartita por un

representante del Ejecutivo, quien lo preside, un representante de los empleadores y un representante de los trabajadores.

♦ **La Dirección General.**-Es el órgano responsable de la organización, dirección y supervisión de todos los asuntos relativos a la ejecución de los programas de protección provisional de la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, con sujeción a lo que determina la Ley de Seguridad Social. La autoridad responsable es el Director General.

En esta nueva estructura se crea la Subdirección General, dependencia de apoyo y asistencia a la Dirección General. La autoridad responsable es el Subdirector General, quien es designado por el Consejo Directivo. Cuando el Director General renuncia, falta o se ausenta temporalmente o por impedimento, le subroga el Subdirector General.

♦ **La Dirección Provincial**

Es responsable de la aplicación de las estrategias de aseguramiento obligatorio, la recaudación oportuna de las aportaciones de los empleadores y asegurados y la calificación del derecho a prestaciones de los afiliados, comprendidos en la circunscripción geográfica de su competencia. Es el órgano responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados, del ejercicio de la jurisdicción coactiva, y de la consolidación de la información presupuestaria y contable de todas las dependencias administrativas subordinadas a su autoridad.

♦ **Direcciones especializadas**

Dentro del nivel de dirección especializada se encuentran las direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, el Sistema de Pensiones, el Seguro General de Riesgos del Trabajo, el Seguro Social Campesino y las direcciones provinciales, encargadas del aseguramiento

de las contingencias y la calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio.

2.10.4.- LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

La incidencia de enfermedades crónico-degenerativas ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, debido a estilos de vida y patrones alimentarios inadecuados y a los impactos estresores físicos, químicos, biológicos y emocionales. Según datos estadísticos revisados en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra se ha observado que diariamente acuden a la consulta externa de las diferentes especialidades: cardiología, endocrinología, medicina interna, cirugía vascular, aproximadamente 70 pacientes por día que padecen algún tipo de enfermedades crónico degenerativa, lo cual representa un problema de salud pública creciente en la sociedad

Según datos obtenidos del Departamento de Estadística del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se ha observado que cada semestre aproximadamente 3500 pacientes acuden al servicio de consulta externa con diferentes patologías crónicas degenerativas entre las cuales sobresalen la diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoidea; de los cuales fueron hospitalizados 152 pacientes por las diferentes patologías.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1.- TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptiva –analítica

3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tiene un diseño cualitativa y cuantitativa porque nos permitirá verificar el número de pacientes con enfermedades crónico degenerativas y la atención que reciben en sus hogares.

3.3.- POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 60 personas que estuvieron hospitalizadas con enfermedad crónica degenerativa y que necesitan cuidados domiciliarios y la participación activa de la familia.

Finalmente nuestro grupo de estudio estuvo conformado de 51 pacientes debido a que 3 personas fallecieron, 4 personas cambiaron de domicilio y 2 no se ubicaron las direcciones exactas de su vivienda.

3.4.-TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Unas vez identificados los pacientes mediante la revisión de las Historias Clínicas de cada paciente se realizó la obtención de la información mediante las siguientes técnicas:

- **Entrevista**
- **Observación directa.**
- **Visitas domiciliarias.**
- **Apgar familiar**
- **Revisión Bibliográfica y documental.**
- **Manejo computarizado.**

3.5.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que vamos a utilizar en las diferentes técnicas serán:

- Diario de campo
- Grabadora para ejecutar las entrevistas.
- Familiograma, para estudiar a la familia en lo referente a la estructura y las relaciones interfamiliares.
- Libreta de apuntes, necesaria para realizar el registro de la información recolectada.
- Libros
- Revistas
- Internet
- Cuestionario

3.6.-VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación son totalmente validos ya que poseen la capacidad necesaria al momento de evaluar los objetos que van a ser parte del estudio, además poseen gran efectividad al momento de obtener información y fueron de gran ayuda para llegar al objetivo planteado.

Para validar los instrumentos previo a la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto en un grupo de similares características tomando como referencia a pacientes con enfermedades crónico degenerativas lo que permitió rectificar el instrumento; los mismos que quedaron fuera de la población en estudio.

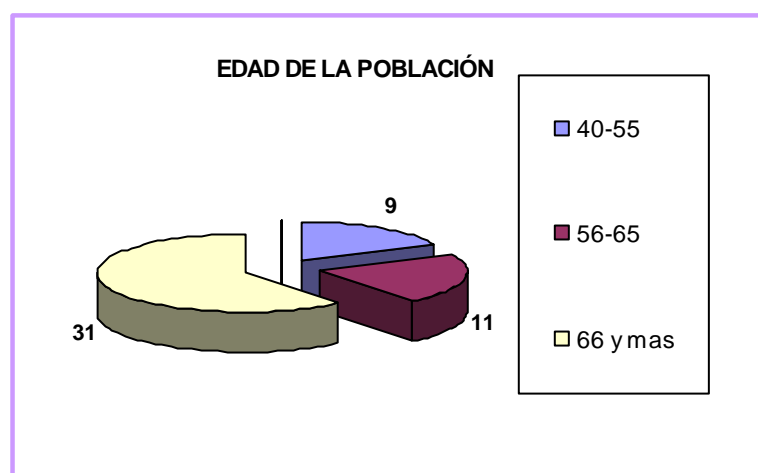
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA # 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENEO A JULIO DEL 2008

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
40-55	9	17.64 %
56-65	11	21.56 %
66 Y mas	31	60.78 %
TOTAL	51	99.98 %

GRAFICO # 1



FUENTE: Historias Clínicas y entrevistas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

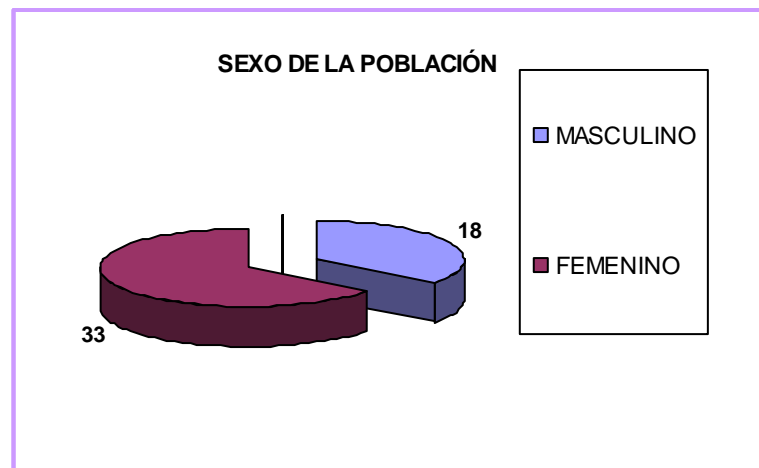
ANÁLISIS Nº 1.- Según datos obtenidos tanto de las historias clínicas así como también de la entrevista realizada se observó que de los 51 pacientes que forman parte del estudio 31 pacientes tienen una edad entre 65 años y mas, lo que representa un 60.7%, 11 pacientes tienen una edad que oscila entre 56 y 65 años que representa un 21.5%, y 9 pacientes tienen una edad entre 40 y 55 años representando un 7.6%.

TABLA # 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	18	35.29 %
FEMENINO	33	64.70 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO # 2



FUENTE: Historias Clínicas y entrevistas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

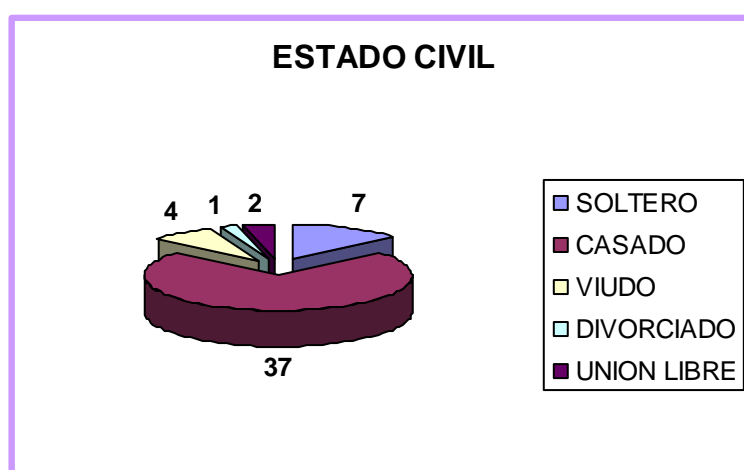
ANALISIS Nº 2.- Según datos obtenidos de la entrevista realizada se observo que de los 51 pacientes investigados 33 corresponden al sexo femenino lo que representa un 64.7%, mientras que 18 pacientes corresponden al sexo masculino representando un 35.2%.

TABLA # 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE PADECEN DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS Y QUE HAN SIDO HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERO	7	13.72 %
CASADO	37	72.54%
VIUDO	4	7.84 %
DIVORCIADO	1	1.96 %
UNION LIBRE	2	3.92 %
TOTAL	51	99.98 %

GRAFICO # 3



FUENTE: Historias Clínicas y entrevista realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

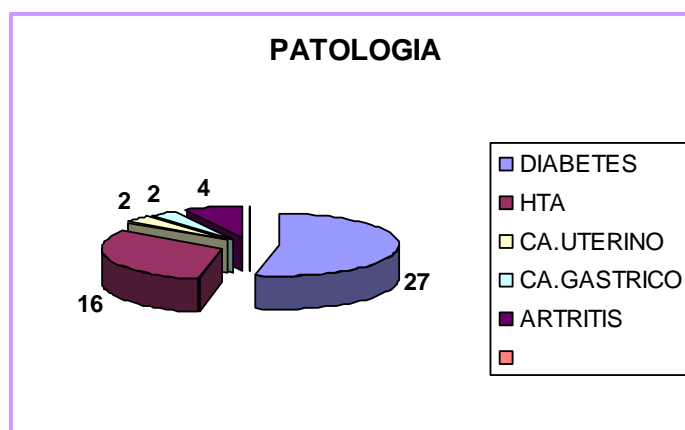
ANALISIS Nº 3.- Según datos obtenidos en las entrevistas y en las historias clínicas el 72.5% de los pacientes investigados son casados, mientras que en 9.8% son solteros, el 7.8% son viudos, un 3.9% están en unión libre y el 1.9% son divorciados.

TABLA # 4

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA DE LOS PACIENTES QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008

PATOLOGÍA	NUMERO	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS TIPO II	27	52.94 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	16	31.37 %
CANCER UTERINO	2	3.92 %
CANCER DE ESTÓMAGO	2	3.92 %
ARTRITIS REUMATOIDEA	4	7.84 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO # 3



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

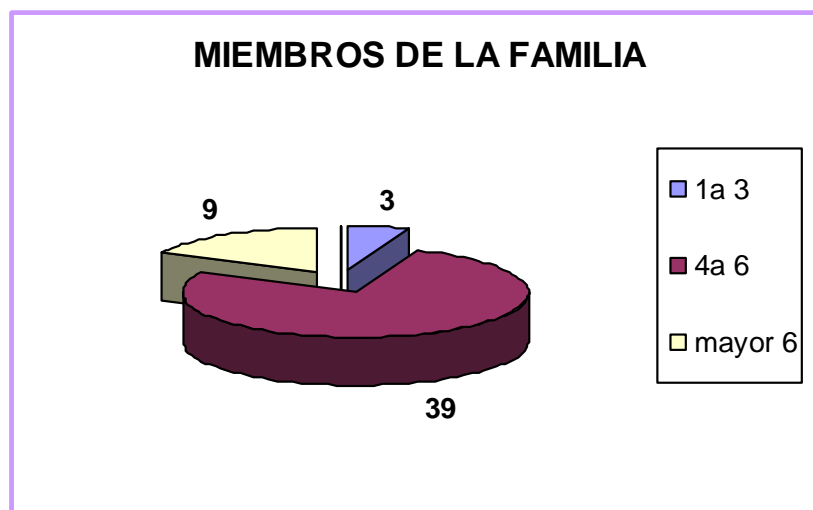
ANÁLISIS Nº 4.- Según los datos obtenidos en la investigación se pudo observar que la mayoría de los pacientes que forman parte de nuestra investigación padecen diabetes mellitus en un número de 27 correspondiendo al 52.9%, seguido de pacientes con HTA en un número de 16 que corresponden al 31.37%, mientras que pacientes que padecen tanto cáncer uterino y cáncer de estómago se encontraron en un número de 2 correspondiendo al 3.9% y finalmente se investigaron 4 pacientes con artritis que representan el 7.8%

TABLA # 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE MIEMBROS QUE CONFORMAN LA FAMILIA DE LOS PACIENTES QUE ESTÁN EN ESTUDIO.

MIEMBROS	NUMERO	PORCENTAJE
1-3	3	5.89 %
4-6	39	76.47 %
6 y mas	9	17.64 %
TOTAL	51	100 %

GRAFICO Nº 5



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

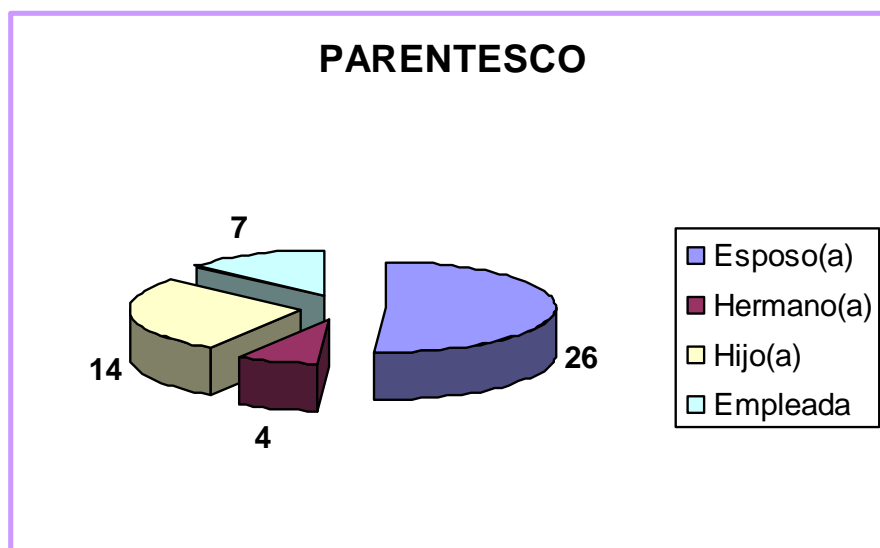
ANALISIS Nº 5.- En la investigación realizada se pudo evidenciar que la mayoría de las familias investigadas están formadas de 4 a 6 miembros lo que constituye el 76.4%, luego se encuentran familiar conformadas por mas de 6 miembros representando el 17.6% y finalmente familias conformadas de 1 a 3 miembros.

TABLA # 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE PARENTESCO DE LOS FAMILIARES QUE ATIENDEN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS.

PARENTESCO	NUMERO	PORCENTAJE
ESPOSO (A)	26	50.9 %
HERMANO (A)	4	7.84 %
HIJO (A)	14	27.45 %
EMPLEADA	7	13,72 %
TOTAL	51	100 %

GRAFICO # 6



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

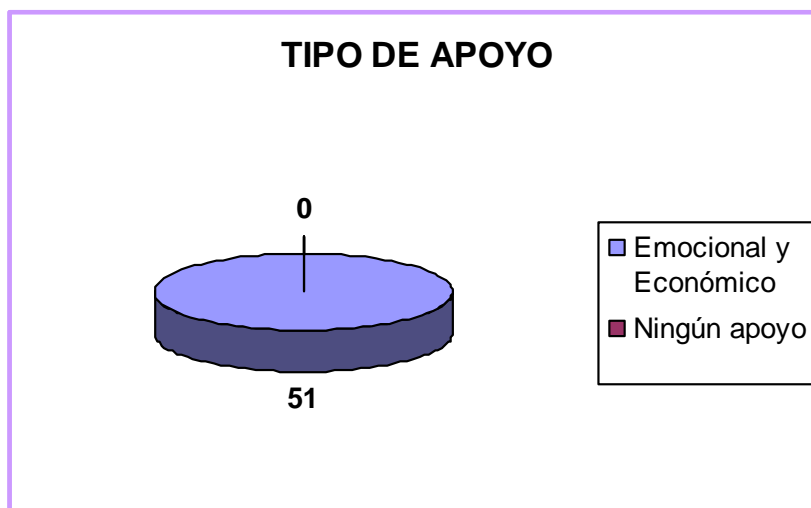
ANALISIS Nº 6.- Los datos obtenidos durante la investigación nos dieron a conocer que la mayoría de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas están a cargo de su conyugue en un 50.9%, seguido de lo hijos (as) en un 27.4%, mientras que un 7.8% están a cargo de sus hermanos (as) y finalmente un mínimo porcentaje 13.72% están a cargo de las empleadas.

TABLA # 7

TIPO DE APOYO QUE BRINDAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS.

TIPO DE APOYO	NUMERO	PORCENTAJE
Emocional-Económico	51	100 %
TOTAL	51	100 %

GRAFICO # 7



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

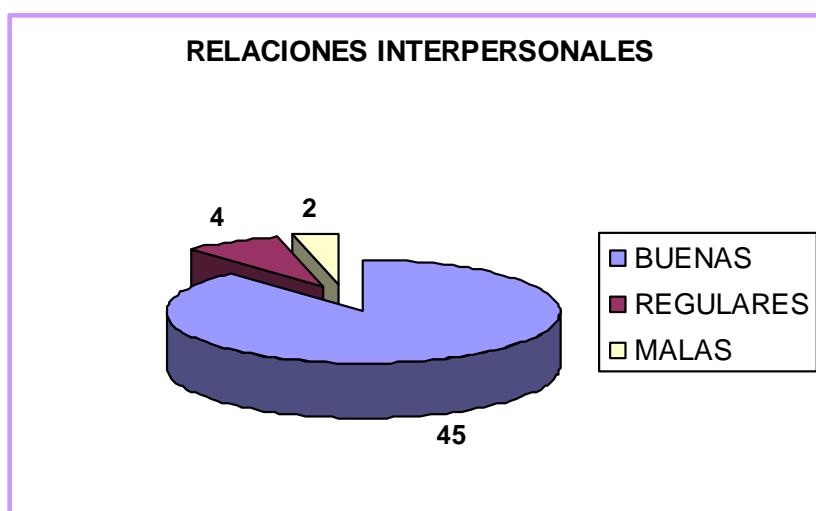
ANÁLISIS Nº 7.- De acuerdo a las entrevistas realizadas el 100% de de los paciente que padecen enfermedades crónico degenerativas reciben apoyo tanto económico como emocional por parte de sus familiares.

TABLA # 8

RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

TIPO DE RELACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
BUENAS	45	82.23 %
REGULARES	4	7.84 %
MALAS	2	3.92 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 8



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

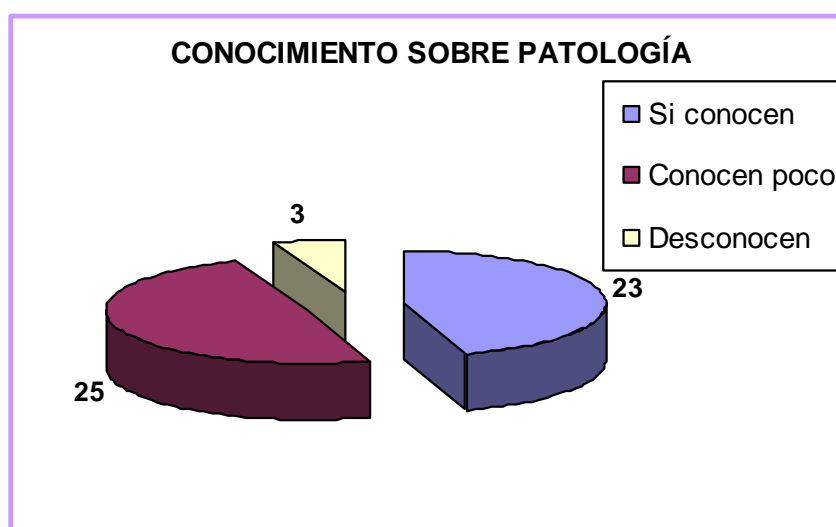
ANALISIS Nº 8.- Realizada la investigación se determino que el 88.23% de las familias mantienen buenas relaciones interpersonales, el 7.8% mantienen regulares relaciones interpersonales y finalmente el 3.9% mantienen malas relaciones interpersonales.

TABLA # 9

CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS FAMILIARES SOBRE LA PATOLOGÍA QUE PADECEN LOS PACIENTES EN ESTUDIO.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	23	45 %
CONOCEN POCO	25	49 %
DESCONOCEN	3	5.88 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 9



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

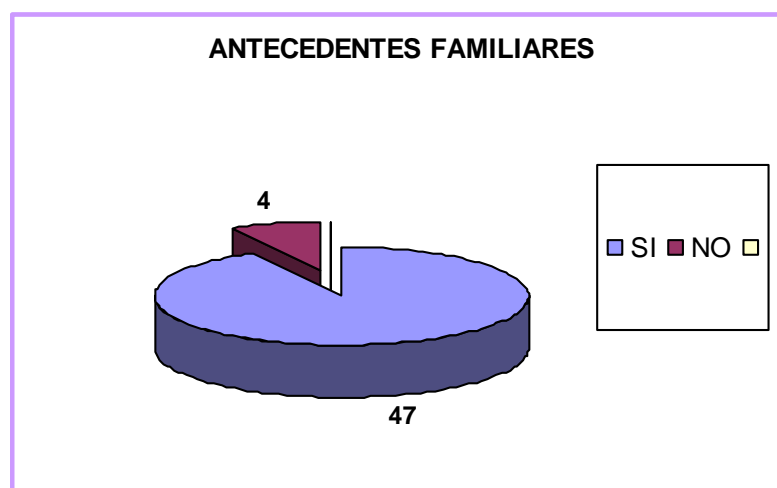
ANALISIS Nº 9.- Realizada la investigación se logro determinar que el 49% de la familia del paciente tiene poco conocimiento sobre la patología que padece el paciente, mientras que el 45% conoce poco sobre la enfermedad y el 5.88% desconoce sobre la patología.

TABLA # 10

ANTECEDENTES FAMILIARES POR CONSAGUENEIDAD DE LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEADES CRÓNICO DEGERATIVAS Y QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	47	92.15 %
NO	4	7.84 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 10



FU

ENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

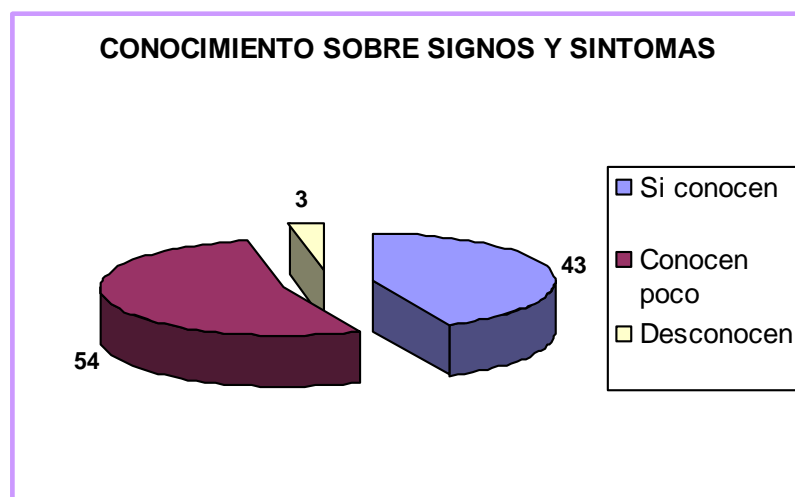
ANALISIS Nº 9.- Según los datos obtenidos durante la investigación se pudo determinar que de los 51 pacientes investigados en 92.15% heredaron la patología de sus familiares según sus antecedentes y el 7.84 no las heredaron.

TABLA # 11

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES ACERCA DE LA APARICIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS EN EL PACIENTE QUE CONFIRMEN APARECIMIENTO DE COMPLICACIONES.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	43	84.81%
CONOCEN POCO	5	9.80 %
DESCONOCEN	3	5.88 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 11



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

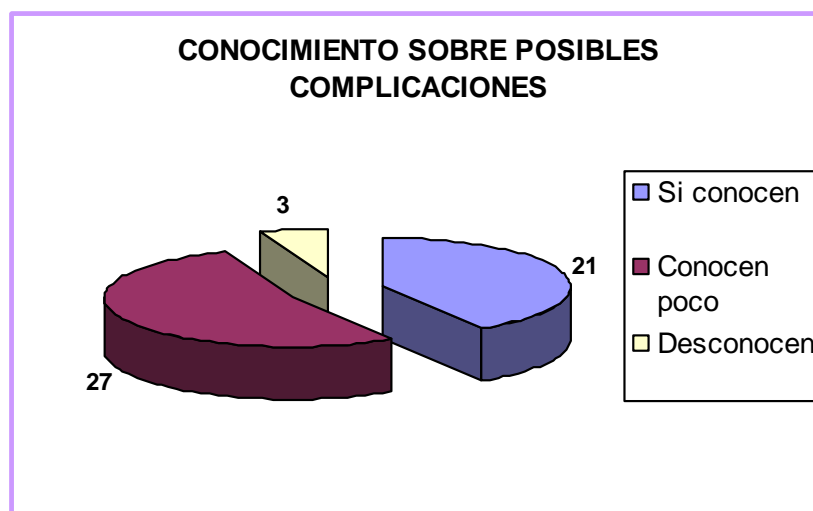
ANALISIS Nº 10.- Según datos obtenidos de la investigación se pudo determinar que el 84.81% si son capaces de reconocer el aparecimiento de signos y síntomas de riesgo mientras que el 9.8% conocen un poco y solamente el 5.88% no los reconocen.

TABLA # 12

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN ADQUIRIR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	21	41.17 %
CONOCEN POCO	27	52.94 %
DESCONOCEN	3	5.88 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 12



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

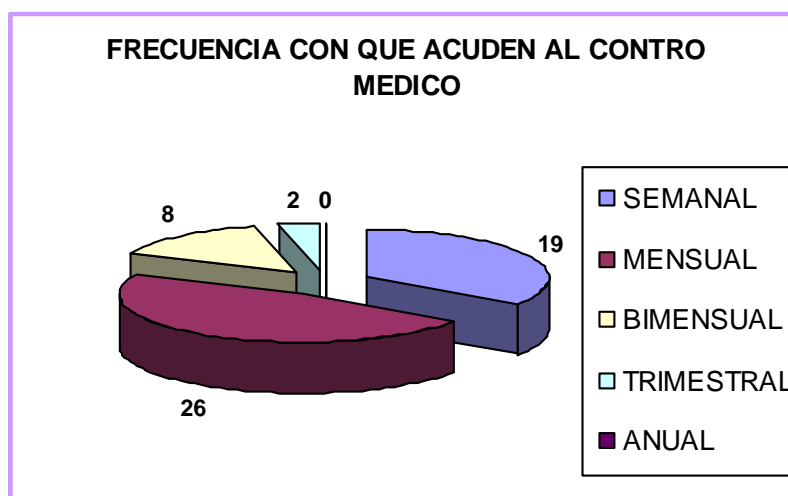
ANALISIS Nº 11.- Según los datos obtenidos durante la investigación el 52.94% de los familiares tienen poco conocimiento acerca de las posibles complicaciones que puede padecer el paciente, mientras que el 41.1% si tienen conocimiento y tan solo el 5.88% desconocen las posibles complicaciones.

TABLA # 13

FRECUENCIA CON LA QUE LOS FAMILIARES LLEVAN AL CONTROL A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

FRECUENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
SEMANTAL	19	37.25 %
MENSUAL	26	50.98 %
BIMENSUAL	8	15.68 %
TRIMESTRAL	2	3.92 %
ANUAL	0	3.92 %
TOTAL	51	99.98 %

GRAFICO Nº 13



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

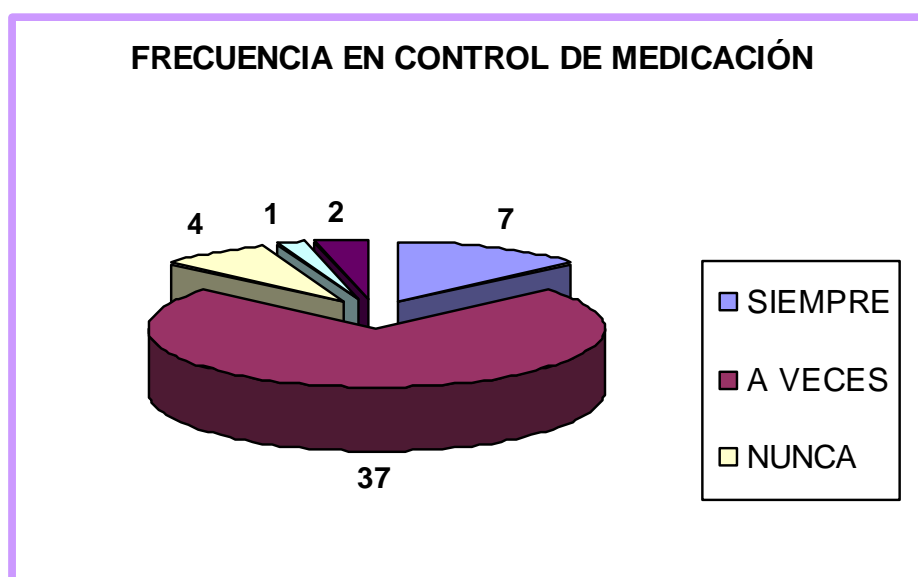
ANALISIS Nº 13.- Según datos obtenidos en la investigación se determinó que el 50.98% de los pacientes se realizan los controles médicos mensualmente, el 37.25% se los realiza semanalmente, el 15.68% lo hace cada tres meses y anualmente no se lo realiza ningún paciente investigado.

TABLA # 14

FRECUENCIA CON LA QUE SE CONTROLA LA TOMA DE LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

FRECUENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
SIEMPRE	18	35.29 %
A VECES	26	50.98 %
NUNCA	37	13.72 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 14



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

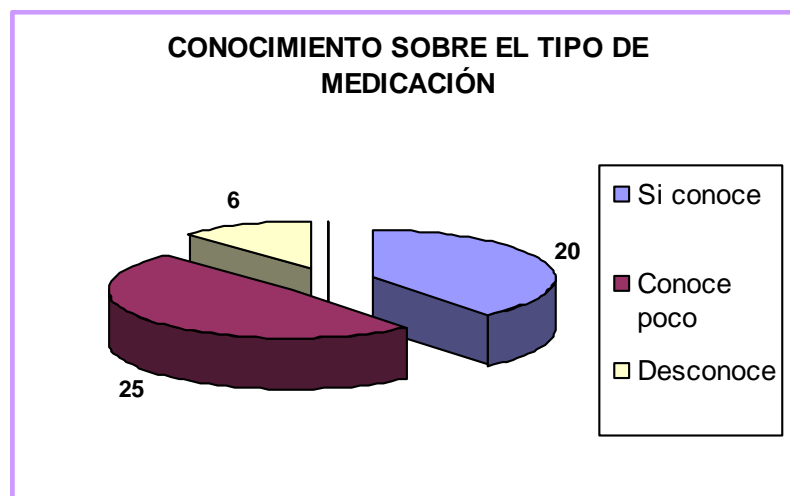
ANALISIS Nº 14.- Realizada la investigación se demostró que el 50.98% de los familiares de los pacientes a veces controlan la toma de medicación, mientras que el 35.29% siempre controlan la toma de la medicación y solo el 13.7% no la controlan.

TABLA # 15

GRADO DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS FAMILIARES ACERCA DEL TIPO DE MEDICACIÓN QUE CONSUMEN LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	20	49.01 %
CONOCEN POCO	25	39.21 %
DESCONOCEN	6	11.76 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 15



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

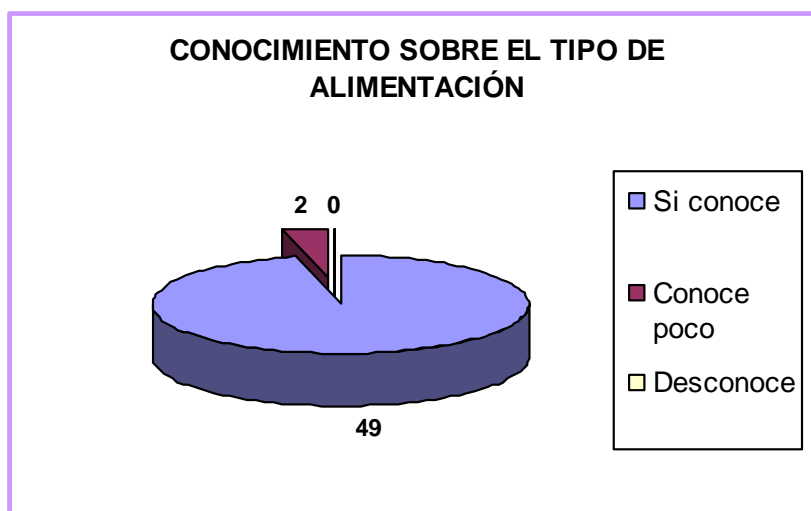
ANALISIS Nº 15.- Según datos obtenidos en la investigación se determinó que el 49.015 tiene poco conocimiento sobre la medicación que reciben los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, mientras que el 39.21% si tiene conocimiento, y tan solo el 11.76% desconoce el tipo de medicación.

TABLA # 16

GRADO DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS FAMILIARES ACERCA DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE DEBEN CONSUMIR LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	49	96.07 %
CONOCEN POCO	2	3.92 %
DESCONOCEN	0	0 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 16



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

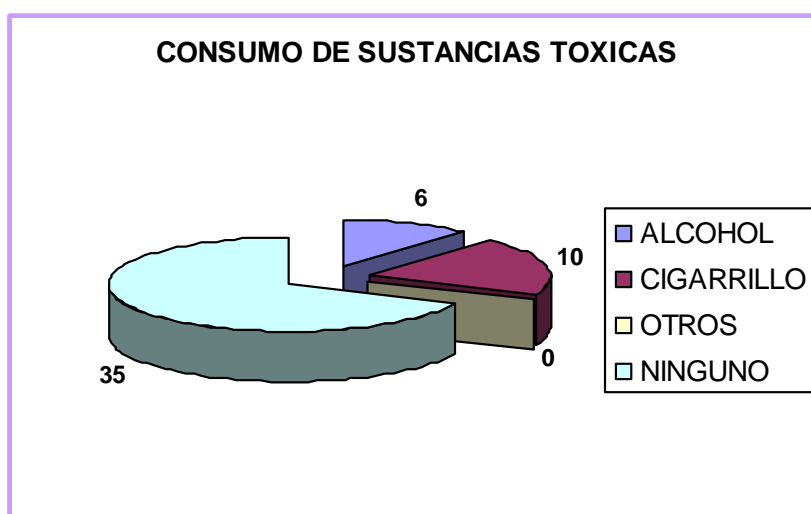
ANALISIS Nº 16.- Según datos obtenidos durante la investigación se logro determinar que el 96.07% de los familiares de los pacientes si conocen sobre el tipo de alimentación que debe consumir, mientras que el 3.92% tiene poco conocimiento.

TABLA # 17

CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS POR PARTE DE LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

SUSTANCIA	NUMERO	PORCENTAJE
ALCOHOL	6	11.76 %
CIGARRILLO	10	19.60 %
OTROS	0	0 %
NINGUNA	35	68.62 %
TOTAL	51	99.9 %

GRAFICO Nº 17



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

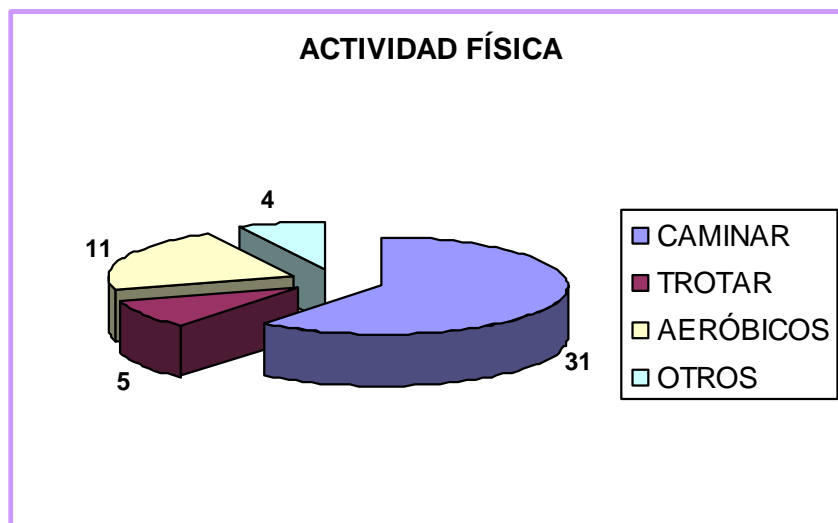
ANALISIS Nº 17.- Los datos obtenidos durante la investigación demostraron que el 68,64% de los pacientes que forman parte del estudio no consumen ningún tipo de sustancia tóxica, el 19.60% consume cigarrillo, el 11.76% consume alcohol y ningún paciente consume otros tipos de sustancias.

TABLA # 18

ACTIVIDA FISICA QUE REALIZAN LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

ACTIVIDAD FISICA	NUMERO	PORCENTAJE
CAMINAR	31	60.78 %
TROTAR	5	9.80 %
AERÓBICOS	11	21.56 %
OTROS	4	7.84 %
TOTAL	51	99.98 %

GRAFICO Nº 18



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

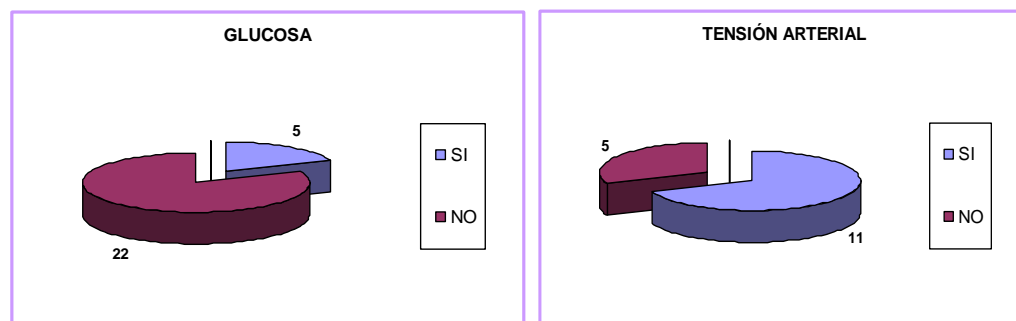
ANALISIS Nº 18.- Según datos obtenidos en la investigación todos los pacientes entrevistados realizan algún tipo de actividad física obteniendo que el 60.78% de los pacientes realizan caminatas, el 21.56% salen a trotar, el 9.8% realizan aeróbicos y el 7.84% realizan otro tipo de ejercicios como bailar, nadar.

TABLA # 19

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS NIVELES NORMALES DE LA GLUCOSA Y PRESIÓN ARTERIAL POR PARTE DE LOS FAMILIARES Y DE LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

GLUCOSA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	5	18.51%
NO	22	81.48%
TENSIÓN ARTERIAL		
SI	11	68.75%
NO	5	31.25%

GRAFICO Nº 19



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

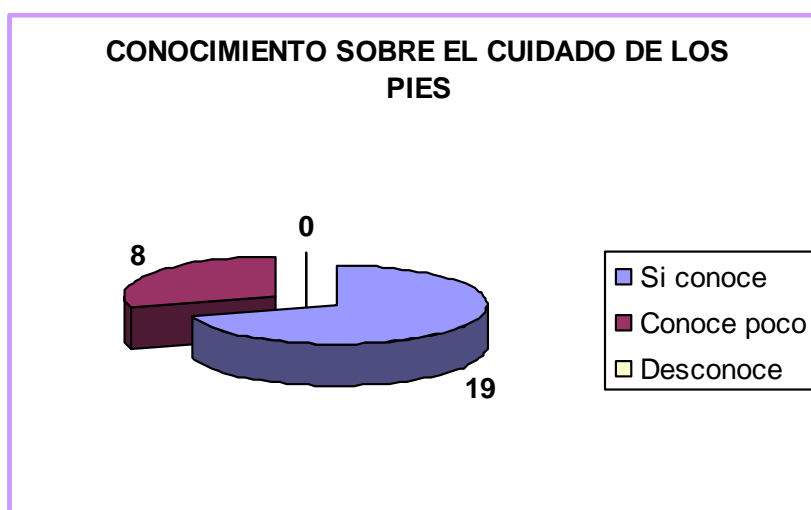
ANALISIS Nº 19.- Según datos obtenidos durante la investigación se pudo determinar que el 81.48% de los pacientes que padecen diabetes así como también de sus familiares conocen los valores normales de la glucosa, mientras que el 18.51% si conoce; en cambio de los pacientes hipertensos el 68.75% si conocen los valores normales de la presión arterial y el 31.25% desconocen su valor normal.

TABLA # 20

GRADO DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS FAMILIARES ACERCA DEL CUIDADO DE LOS PIES EN LOS PACIENTE DIABÉTICOS QUE FORMAN PARTE DEL ESTUDIO.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	19	70.37 %
CONOCEN POCO	8	29.62 %
DESCONOCEN	0	0 %
TOTAL	27	99.9 %

GRAFICO Nº 20



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

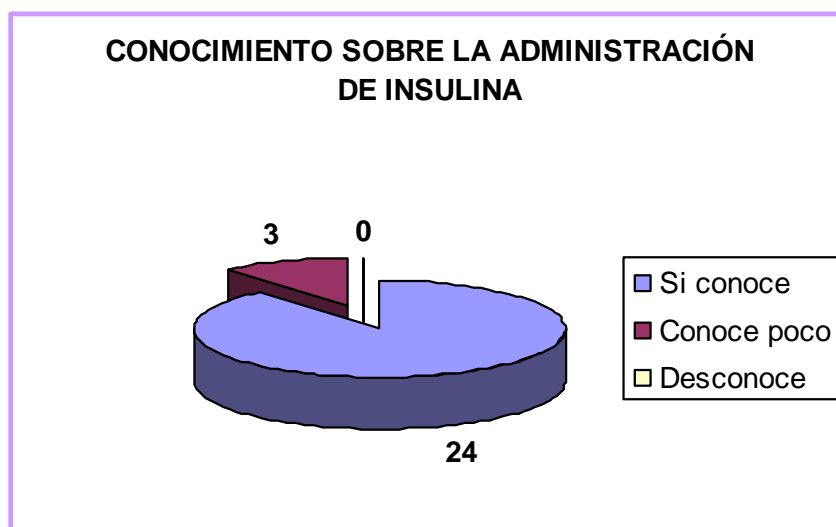
ANALISIS Nº 20.- En la investigación realizada se pudo determinar que el 70.37% tanto de los familiares así como también de los pacientes diabéticos conocen sobre los cuidados de los pies, mientras que el 29.62% conocen un poco sobre estos cuidados.

TABLA # 21

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	24	88.88 %
CONOCEN POCO	3	11.11 %
DESCONOCEN	0	0 %
TOTAL	27	99.9 %

GRAFICO Nº 21



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

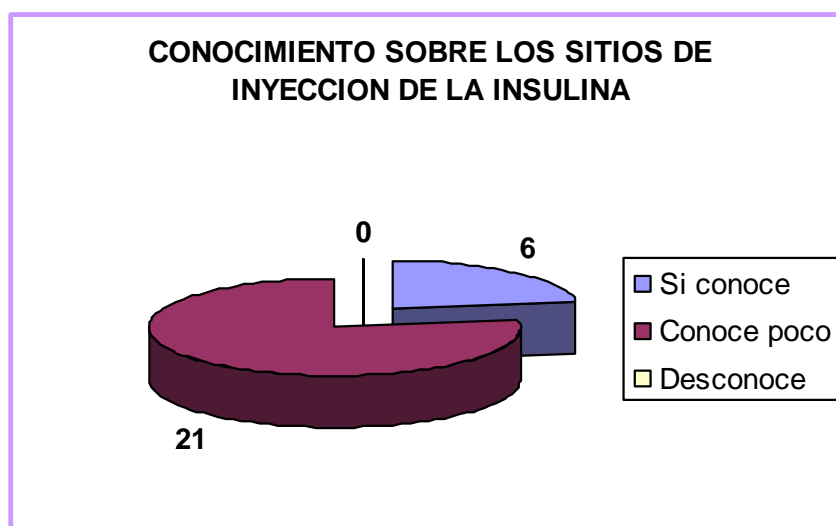
ANALISIS Nº 21.- Según datos obtenidos durante la investigación se determinó que el 88.88% tanto de los pacientes diabéticos así como también de sus familiares si conocen sobre la administración de la insulina, mientras que el 11.11% tienen un poco de conocimiento.

TABLA # 22

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS SITIOS DE INYECCIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	6	22.22 %
CONOCEN POCO	21	77.77 %
DESCONOCEN	0	0 %
TOTAL	27	99.99 %

GRAFICO Nº 22



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

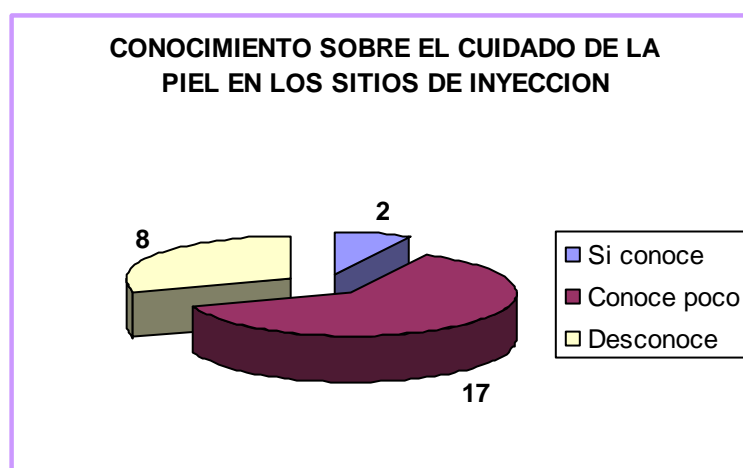
ANALISIS Nº 22.- Según datos obtenidos en el presente estudio se pudo observar que el 77.77% de las personas entrevistadas conocen solo un poco acerca de los sitios en donde se puede administrar la insulina, mientras que el 22.22% si conoce sobre los sitios de inyección.

TABLA # 23

GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DEL CUIDADO DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INYECCIÓN EN LOS PACEINTES DIABÉTICOS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI CONOCEN	2	7.40 %
CONOCEN POCO	17	62.96 %
DESCONOCEN	8	29.62 %
TOTAL	27	99.99 %

GRAFICO Nº 23



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

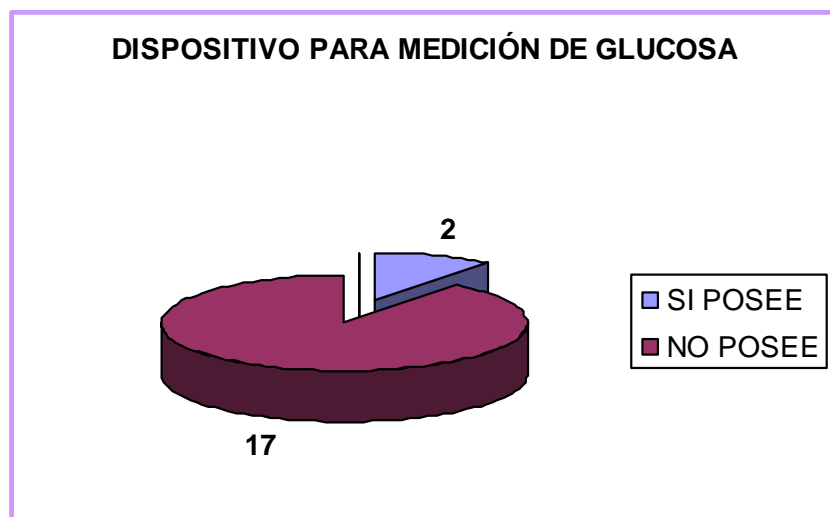
ANALISIS Nº 23.- Según datos obtenidos en la investigación se pudo observar que el 62.96% tanto de los pacientes diabéticos así como de sus familiares conocen muy poco acerca de los cuidados de la piel en los sitios de inyección de la insulina, mientras que el 29.62% no conoce sobre estos cuidados y tan solo el 7.40% conoce los cuidados que se debe dar a la piel.

TABLA # 24

NUMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE POSEEN UN DISPOSITIVO PARA LA MEDICIÓN DE LA GLUCOSA EN EL HOGAR.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
SI POSEE	17	62.96%
NO POSEE	10	37.03%
TOTAL	27	99.99 %

GRAFICO Nº 24



FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

ANALISIS Nº 24.- En la investigación realizada y según datos obtenidos se puede determinar que el 62.96% de lo pacientes diabéticos posee un dispositivo para medir la glucosa en el hogar mientras que el 37.03% no posee ningún tipo de dispositivo.

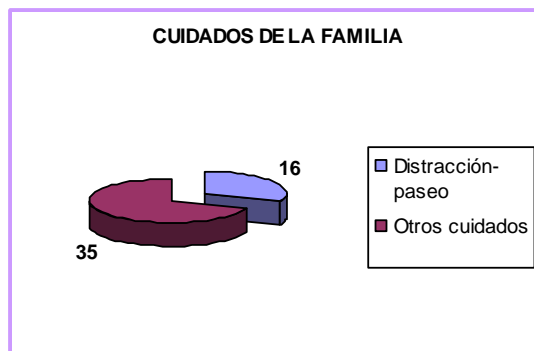
TABLA # 25

TIPOS DE CUIDADOS QUE BRINDAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

CUIDADO	NUMERO	PORCENTAJE
ALIMENTACIÓN	51	100%
ASEO	51	100 %
MASAJES	19	37.25 %
TERAPIAS	21	41.17%
OTROS	16	31.37 %

GRAFICO Nº 25





FUENTE: Entrevistas realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

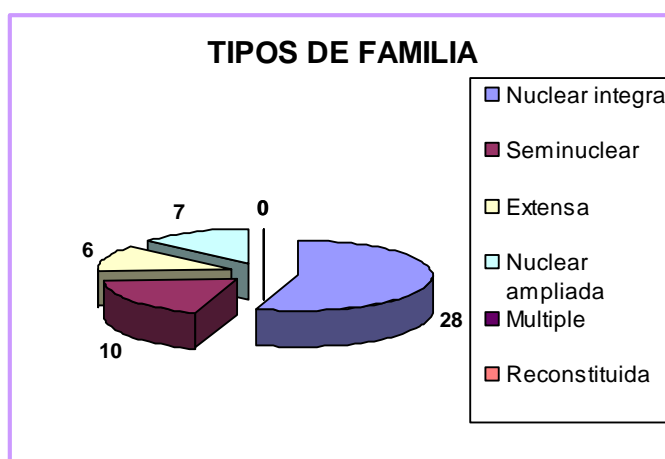
ANALISIS Nº 25.- Según la entrevista realizada a los familiares de los pacientes que sufren de alguna enfermedad crónico degenerativa se pudo determinar que el 100% de los familiares son responsables de la alimentación y del aseo diario de los pacientes, mientras que en un 41,17% de los pacientes realizan algún tipo de terapia, el 37.25% de los familiares realizan masajes a los pacientes y el 31.37% brindan otros cuidados como paseos, caminatas o algún otro tipo de distracción.

TABLA # 26

TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
NUCLEAR INTEGRAL	28	54.9 %
SEMINUCLEAR	10	19.60 %
EXTENSA	6	11.76 %
NUCLEAR AMPLIADA	7	13.72%
MÚLTIPLE	0	0 %
RECONSTITUIDA	0	0 %
TOTAL	51	99.98%

GRAFICO Nº 26



FUENTE: Historias Clínicas y entrevista realizadas a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

ANÁLISIS Nº 26.-. Según datos obtenidos en las entrevistas y en las historias clínicas el 54.9% de los pacientes investigados forman parte de familia nucleares integrales, mientras que el 19.6% provienen de familias seminucleares, el 11.76% vienen de familias extensas y el 13,72% forman parte de familias reconstituidas.

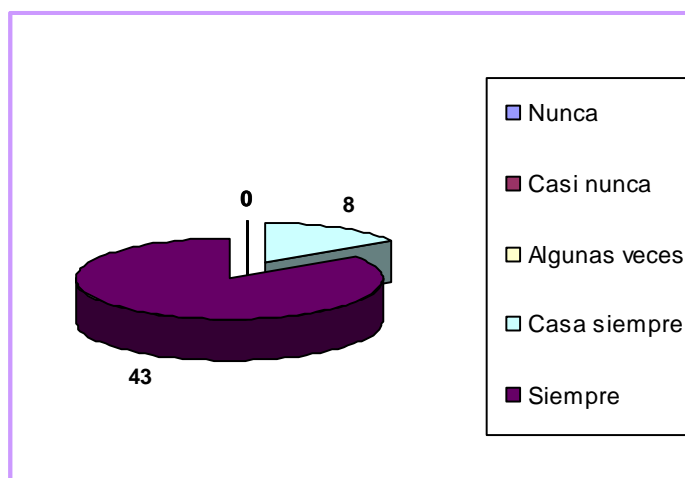
APGAR FAMILIAR

TABLA # 1

ME SATISFACE LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO YO TENGO ALGÚN PROBLEMA O NECESIDAD.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	0	0 %
ALGUNAS VECES	0	0 %
CASI SIEMPRE	8	15,68 %
SIEMPRE	43	84.31 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO Nº 1



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación

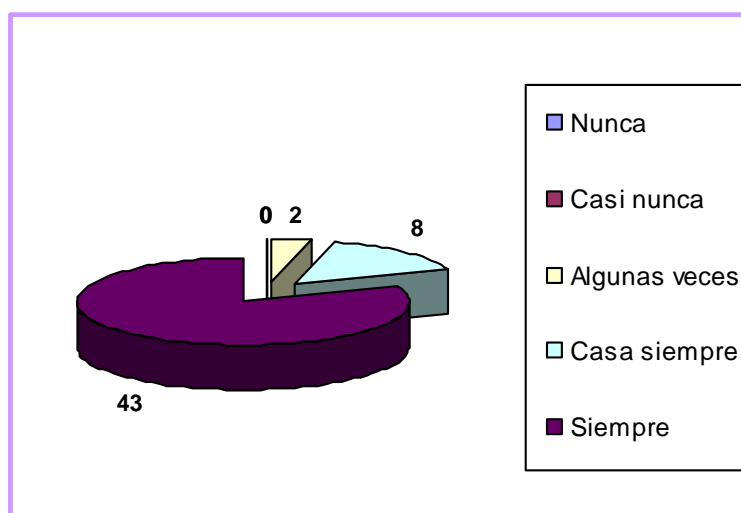
ANALISIS Nº 26.-Según los datos obtenidos en la investigación el 83.31% de los pacientes respondieron que siempre les satisface la ayuda que reciben de sus familiares, mientras que el 15.68% respondieron que casi siempre les satisface la ayuda brindada por parte de su familia.

TABLA # 2

ME SATISFACE LA PARTICIPACIÓN QUE MI FAMILIA BRINDA Y PERMITE.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	0	0 %
ALGUNAS VECES	2	3.92 %
CASI SIEMPRE	27	52.94 %
SIEMPRE	22	43.13 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO Nº 2



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

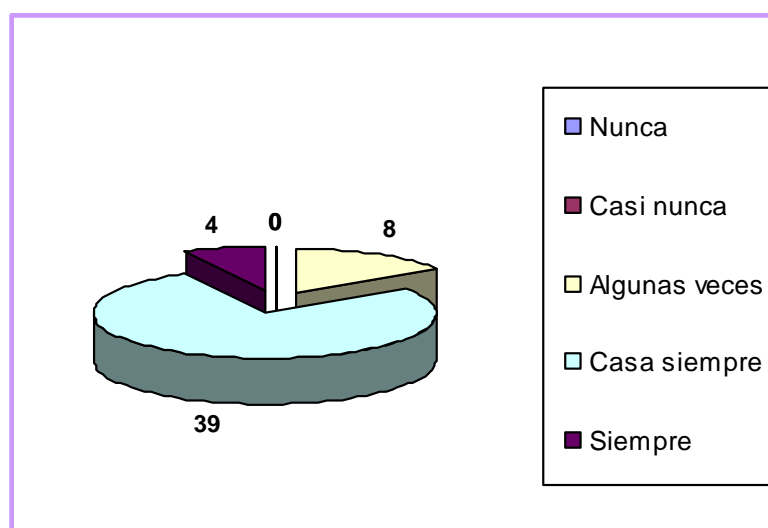
ANALISIS Nº 2.- Según datos obtenidos durante la investigación el 52,94% de los pacientes respondieron que casi siempre se sienten satisfechos de la participación que la familia les brinda y les permite, mientras que el 43.13% respondieron que siempre se sienten satisfechos y el 3.92% respondieron que solo algunas veces se sienten satisfechos de la participación brindada.

TABLA # 3

ME SATISFACE COMO MI FAMILIA EXPRESA AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	0	0 %
ALGUNAS VECES	8	15.68 %
CASI SIEMPRE	39	76.47 %
SIEMPRE	4	7.84 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO Nº 3



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

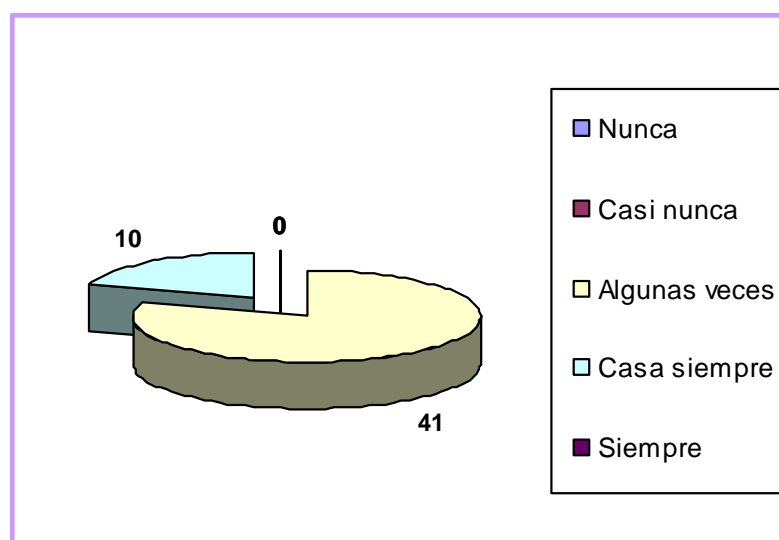
ANALISIS Nº 3.- Según los datos obtenidos se determinó que el 76.47% de los pacientes siempre satisfechos de cómo su familia expresa afectos y responde a sus emociones, mientras que el 15.68% respondió que solo algunas veces su familia expresa afecto y el 7.84% respondió que siempre están satisfechos son lo que expresan sus familiares.

TABLA # 4

ME SATISFACE COMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA EL TIEMPO, DINERO, ESPACIOS EN LA CASA.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	0	0 %
ALGUNAS VECES	41	80.39 %
CASI SIEMPRE	10	19.60 %
SIEMPRE	0	0 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO Nº 4



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

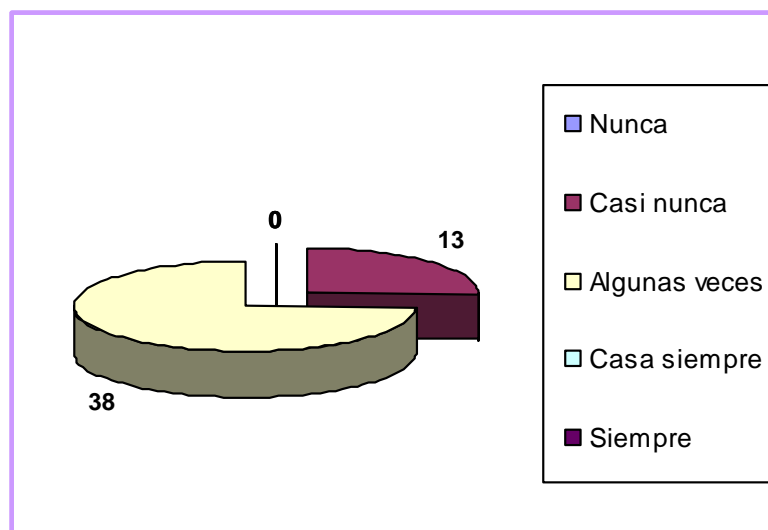
ANALISIS Nº 4.- Según datos obtenidos en la investigación el 80.39% de los pacientes respondieron que algunas veces la familia comparte tiempo, espacios para estar juntos, mientras que el 19.60% respondieron que casi siempre su familia comparte tiempo y espacios en la casa para estar juntos.

TABLA # 5

ESTOY SATISFECHO CON EL SOPORTE QUE RECIBO DE MIS AMIGOS.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	13	25.49 %
ALGUNAS VECES	38	74.50 %
CASI SIEMPRE	0	0 %
SIEMPRE	0	0 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO # 5



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

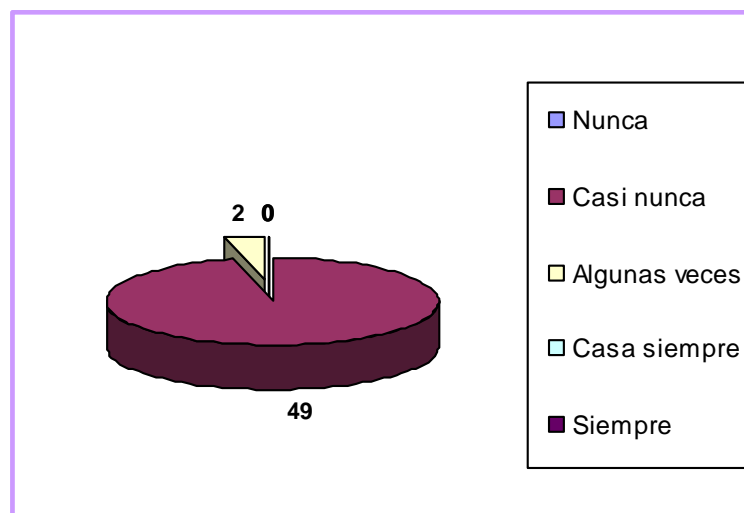
ANALISIS N° 5.- Según el instrumento aplicado el 74.5% de los pacientes respondieron que algunas veces están satisfechos con el soporte y apoyo que reciben de sus amigos, mientras que el 25.49% respondieron que casi nunca tienen soporte de sus amigos o amigas.

TABLA # 6

TIENE UD ALGÚN AMIGO CERCANO A QUIEN PUEDA BUSCAR CUANDO NECESITA AYUDA.

RANGO	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	0	0 %
CASI NUNCA	49	96.07 %
ALGUNAS VECES	2	3.92 %
CASI SIEMPRE	0	0 %
SIEMPRE	0	0 %
TOTAL	51	99.99 %

GRAFICO Nº 6



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

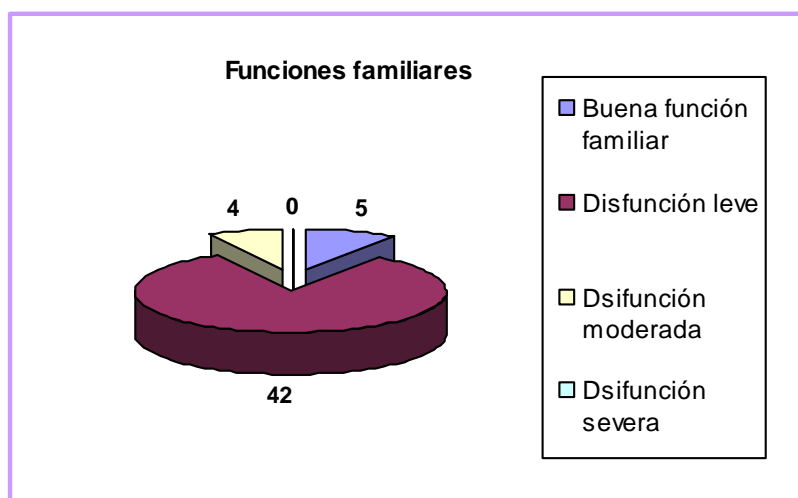
ANALISIS Nº 6.- Según datos obtenidos del instrumento aplicado el 96.07% respondieron que casi nunca tienen un amigo (a) a quien acudir cuando necesitan ayuda, mientras que el 3.92% respondió que solo algunas veces puede acudir a un amigo(a) cuando tiene algún problema.

TABLA # 7

FUNCIÓN FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE FUERON HOSPITALIZADOS EN EL IESS EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2008.

FUNCIÓN	PUNTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	18-20	5	9.8%
DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE	14-17	42	82.35 %
DIFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA	10-13	4	7.84 %
DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA	9 ó menos	0	0 %
TOTAL		51	99.99 %

GRAFICO Nº 7



FUENTE: Apgar familiar aplicado a los pacientes en estudio.

ELABORADO POR: Autores de la investigación.

ANÁLISIS Nº 7.- según el instrumento aplicado a los pacientes y a los resultados obtenidos se determina que el 82.35% de los pacientes padece de una disfunción familiar leve, mientras que el 9.8% tiene un función familiar buena y el 7.84% posee una disfunción familiar moderada.

CAPITULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1.- RECURSOS

Es el conjunto de elementos necesarios para llevar a cabo la investigación propuesta.

4.1.1.-TALENTO HUMANO

Los recursos humanos son todos aquellos individuos que intervendrán en nuestra investigación entre los cuales tenemos:

- ☞ 2 investigadores.
- ☞ 1 directora de tesis
- ☞ 60 pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- ☞ Familiares de los pacientes.

4.1.2.-RECURSOS MATERIALES.

Elementos que nos sirvieron como herramientas para el desempeño de todas las actividades durante la realización de la investigación, entre los cuales se encuentran:

- ☞ Materiales de escritorio.
- ☞ Cámara fotográfica
- ☞ Grabadora
- ☞ Tensiómetro y fonendoscopio.
- ☞ glucómetro

4.2.-CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008
* Diseño del anteproyecto	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
* Presentación del anteproyecto.	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
* Aprobación del anteproyecto.	X	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
* Ejecución del proyecto.	—	—	X	X	X	X	X	X	—	—	—	—	—
* Revisión Bibliográfica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	—	—	—	—
* Diseño, instrumentos, prueba piloto.	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	—	—
* Procesamiento de información	—	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—
* Análisis de Información.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—
* Aprobación del informe final.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X	—
* Corrección del informe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X	—
* Sustentación de la tesis.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X

4.3.- PRESUPUESTO

RECURSOS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
1.-Recurso			
Humano	300	2	600
Investigador	—	—	600
Subtotal			
2.-Materiales y			
Suministros	0.02	2000	40
Papel Bond	0.25	20	5
CDS	5.00	2	10
Tinta Impresora	0.02	500	10
Copias	0.50	20	10
De escritorio	—	—	75.00
Subtotal			
3.-Transporte	50	2	100
Pasajes	1.25	30	37.5
Taxi	—	—	137.5
Subtotal			
4.-Otros	60/hora	40h	24
Software	60/hora	50h	30
Internet	25	3	75
Libros	—	—	129
Subtotal			
TOTAL	—	—	941.5

CONCLUSIONES

Una vez elaborada nuestra investigación y tomando en cuenta toda la referencia del marco teórico y con los resultados de las entrevistas aplicadas, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Que las enfermedades crónicas degenerativas son un grupo de patologías que producen muchas complicaciones graves, pero que con un control y un tratamiento médico adecuado y oportuno se la puede sobrellevar y mantener un estilo de vida normal.
2. La prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas se da en mayor porcentaje en personas cuya edad es mayor de 65 años por lo necesitan del apoyo de su familia ya que al ser personas que no pueden aportar económicamente al hogar se sienten rezagados pero debemos tomar en cuenta que forman parte de nuestra familia y a esa edad necesitan mas de nuestra compañía y apoyo.
3. La mayoría de estas enfermedades son de origen hereditario y en el estudio realizado se pudo comprobar que la mayoría de los pacientes investigados tienen antecedentes de familiares que padecen o padecieron alguna de estas enfermedades por lo cual la herencia es uno de los factores predisponentes para adquirir cualquiera de estas enfermedades.
4. La mayoría de los pacientes que padecen de enfermedades crónico degenerativas están a cargo de un familiar directo pero existe una parte que esta a cargo de terceras personas, por lo que muchas veces su cuidado no es tan satisfactorio ya que la que se responsabiliza de su enfermedad es la misma paciente mas no la persona que le cuida.

5. Todos los pacientes investigados tienen el apoyo económico de su familia pero no solo eso es importante para tratar su enfermedad sino también necesita de otros aspectos como apoyo moral, cariño compañía, para que ellos se sientan satisfechos con los cuidados brindados por parte de su familia.

6. La falta de conocimiento sobre la enfermedad tanto de los familiares como de los propios pacientes fue uno de los resultados obtenidos en la investigación puesto que la falta de información sobre muchos aspectos conduce a llevar un estilo de vida inadecuado para el tratamiento de la enfermedad.

7. Las enfermedades crónico degenerativas no solo afectan al individuo sino también a la familia y a la sociedad por tal motivo nuestra investigación se centra en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y la adecuada participación de la familia,

RECOMENDACIONES

- 1.** Creemos que se debe prestar mayor atención en lo referente a la educación permanente y a la adecuada información sobre las enfermedades crónicas degenerativas tanto para el paciente como para la familia para sobrellevar de una mejor manera la enfermedad en la vida diaria.
- 2.** Como seres humanos debemos darnos cuenta que estás personas necesitan de nuestro apoyo, de nuestro cariño y no les debemos ver como una carga más para la familia sino como parte de nuestra familia y como seres humanos necesitan de nuestro amor y afecto ya que así podrán aprender a vivir con su enfermedad.
- 3.** La participación de la familia juega un papel muy importante en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas por lo que se recomienda poner énfasis en la participación de la familia en todos los aspectos relacionados con la enfermedad, tanto en lo que se refiere a la alimentación, medicación, control médico, actividad física, así el paciente se sentirá respaldado y podrá afrontar de mejor manera su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- ☞ BEERS Mark, BERKOW Robert, EL MANUAL MERK. Décima Edición. Editorial Harcourt 1999.
- ☞ BRUNNER, SUDDART, Enfermería Médico- Quirúrgico. Vol. I. Novena Edición. 2000.
- ☞ FARRERAS, Valenti. O, Rozman. Medicina Interna. Vol., I-II. Décimo Cuarta Edición. 2000.
- ☞ Ferri, Fred. Consultor Clínico, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. Primera Edición. Océano 2000.
- ☞ GISPERT Carlos, DICCIONARIO DE MEDICINA OCEANO MOSBY. Cuarta Edición. 1999.
- ☞ GOMEZ S. Cuidados paliativos e intervención Psicosocial em enfermos terminales. 1998.
- ☞ HARRISON'S. Principios de Medicina Interna. Décimo Sexta Edición.
- ☞ J. Guardia Massó, J Rodes Teixidor. Medicina Interna Masson. VOL.I.
- ☞ LOPEZ I. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana, Madrid - España 1999.
- ☞ MANUAL DE LA ENFERMER

☞ O.P.S. Guías para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de las Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

☞ OTTO, Shirley. Enfermería Oncológica. Vol. I-II. Tercera Edición. Océano 2002.

☞ POTTER, Patricia, GRIFFIN PERRY, Anne. Fundamentos de Enfermería Vol. III – IX. Quinta Edición. Océano. 2002.

☞ THOMAS V. Jones, MARK H, Beers. Manual Merck de Información Medica Edad y Salud. Primera Edición. Océano 2004.

INTERNET

☞ <http://www.saludjoven.org/sedentarismo/cronicodegenerativo.htm>.

☞ <http://www.tuotromédico.com>.

☞ <http://www.elmedicodefamilia.com/guíaenfermedad.htm>.

☞ <http://ecomedic.com.htm>

☞ <http://www.municipiodeibarra.org>.

☞ <http://www.iess.gov>.

☞ <http://www.medlineplus.com>.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA

Objetivo: analizar y evaluar los tipos de cuidados que brindan la familia a los pacientes que padecen enfermedad crónica degenerativa en el hogar.

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Instrucción:

Ocupación:

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

1.- ¿Por cuantos miembros está conformada su familia?

.....
.....

2.- ¿Qué tipo de relación tiene con el paciente? Hijo, esposo(a) otro

.....
.....

3.- ¿Qué tipo de apoyo brinda ud. al paciente? Emocional, económico

.....
.....

4.- ¿Como son las relaciones interfamiliares en su hogar? Buenas, regulares, malas

.....
.....

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

5.- ¿Conoce ud acerca de la enfermedad que padece su familiar?

.....
.....

6.- ¿Algún miembro de la familia del paciente padece o padeció algún tipo de enfermedad? ¿Cuál?

.....
.....

7.- ¿Ud es capaz de reconocer la aparición de signos y síntomas en el paciente que confirmen la presencia de complicaciones y que requiera de atención médica inmediata?

.....
.....

8.- ¿Conoce ud acerca de las posibles complicaciones que puede producir la falta de cumplimiento del tratamiento médico en la persona que esta a su cargo?

.....
.....

9.- ¿Con que frecuencia lleva a su familiar a los controles médicos?

.....
.....

10.- ¿ud. controla que su familiar tome la medicación según indicaciones médicas?

.....
.....

11.- ¿Conoce sobre la medicación que utiliza el paciente?

.....
.....

ESTILOS DE VIDA

12.- ¿Ud. conoce qué tipo de alimentación debe consumir el paciente?

.....
.....

13.- ¿Ud a observado si el paciente consume alcohol, cigarrillo, u otros productos tóxicos?

.....
.....

14.- ¿El paciente realiza algún tipo de ejercicio o actividad física?

.....
.....

15.- ¿Conoce ud cuales con los valores normales de la glucosa?

.....

16.- ¿ud. sabe y educa al paciente acerca del cuidado al momento de cortarse la uñas y el cuidado correcto de los pies?

.....
.....

17.- ¿Tiene conocimiento acerca de cómo administrar la insulina?

.....

.....

18.- ¿Conoce ud los sitios en donde puede aplicar la insulina?

.....

.....

19.- ¿Qué tipo de jeringuilla debe utilizar para la aplicación de la insulina?

.....

.....

20.- ¿Conoce acerca de los cuidados que debe dar a la piel en los sitios de inyección?

.....

.....

21.- ¿Ud. posee algún dispositivo para la medición de la glucosa?

.....

22.- ¿Qué otro cuidados brinda al paciente en su hogar? Aseo, distracción, masajes, etc.

.....

.....

FORMULARIO DEL APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR PARA LOS PACIENTES QUE PADECEN ENFERMEDADE CRÓNICO DEGENERATIVAS

NOMBRE COMPLETO:

FECHA:

FUNCION	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando yo tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as).					
Tiene usted algún amigo (a) cercano a quién pueda buscar cuando necesita ayuda?					

Cada parámetro tiene cinco opciones de respuesta que son nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, cuyos valores corresponden a 0,1,2,3, y 4 respectivamente; al sumar los cinco parámetros el puntaje oscila entre 0 y 20, para indicar buena, leve, moderada, y severa función familiar según la siguiente escala:

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	9 ó menos

PLAN DE VISITAS DOMICILIARIAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

- ✓ **NOMBRE:**
- ✓ **NUMERO DE HCL**
- ✓ **NUMERO DE AFILIACIÓN:**
- ✓ **FECHA DE NACIMIENTO:**
- ✓ **EDAD:**
- ✓ **NÚMERO DE CEDULA:**
- ✓ **ESTADO CIVIL:**
- ✓ **OCUPACIÓN:**
- ✓ **DIRECCION:**

OBJETIVOS DE LA VISITA

Objetivo General:

- ✓ Identificar el estado de salud actual del paciente y verificar los cuidados que brindan los familiares al paciente.

Objetivos específicos:

- ✓ Dar a conocer al paciente toda la información necesaria de la enfermedad que actualmente esta padeciendo.
- ✓ Explicar acerca de la importancia que significa la aplicación correcta del tratamiento y el no abandonarlo ni interrumpirlo por ningún motivo para así poder evitar complicaciones desastrosas.
- ✓ Promover la participación activa del paciente en un programa relacionado con la dieta, alimentación y ejercicio que debe practicar para mantener un buen control de la enfermedad.

PROBLEMA IDENTIFICADO	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
	<p>1.- Presentación e identificación y saludos a la persona a la cual vamos a visitar.</p> <p>2.- Explicarle acerca de la enfermedad que actualmente está padeciendo</p> <p>3.-Ayudarle al paciente a aceptar vivir con su enfermedad para que puede tratar de llevar una vida normal.</p> <p>4.- Hablar sobre la importancia de no interrumpir el tratamiento y las posibles consecuencias que esto puede traer para el paciente.</p> <p>5.- Educar sobre temas relacionados con la dieta, ejercicio y alimentación que deben aplicar este tipo de pacientes.</p> <p>6.- Promover las medidas preventivas y medidas terapéuticas del tratamiento para poder mantener en control esta enfermedad.</p>	

FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGÍA UTILIZADA EN EL DISEÑO DE UN FAMILIOGRAMA

